FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1961 N° 53

TITRE DE LA THÈSE

Contribution à l'Etude des Sarcomes Primitifs de l'Œsophage

(à propos de deux cas)

THÈSE

présentée à la Faculté Mixte
de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 22 Mars 1961
pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine

par

Madame Geneviève MACHELARD-FAYOLLE

né le 1er Octobre 1926
à PARIS (VIIIe)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550007_0010

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1961 N°

TITRE DE LA THÈSE

Contribution à l'Etude
des
Sarcomes Primitifs de l'Œsophage

(à propos de deux cas)

THÈSE

présentée à la Faculté Mixte
de Médecine et de Pharmacie de Lyon
et soutenue publiquement le 22 Mars 1961
pour obtenir le grade de
Docteur en Médecine

par

Madame Geneviève MACHELARD-FAYOLLE

né le 1er Octobre 1926
à PARIS (VIII^e^)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

-:-

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. J. LEPINE : Doyen Honoraire

M. H. HERMANN : Doyen correspondant de l'Institut

M. M. LEVRAT : Assesseur

Professeurs Honoraires

MM. COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

Professeurs

MM.	HERMANN	Physiologie
	CIBERT	Clinique Urologique
	PONTHUS (détaché à Beyrouth)	- Physique Biologique
	DECHAUME	Clinique Neuro-Psychiatrique et Hygiene mentale
	ROCHET	Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire.
	CHAMBON	Chimie organique et Toxicologie
	WERTHEIMER	Clinique Chirurgicale B
	PAUPERT-RAVAULT	Clinique Médicale B
	FROMENT	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
	CROIZAT	Clinique Médicale C
	ENSELME	Chimie biologique et médicale
	MALLET-GUY	Clinique Chirurgicale A
	GUILLEMINET	Clinique de Chirurgie orthopédique et de Chirurgie infantile
	REVOL	Pharmacie Galénique et Matière Médicale
	POLLOSSON	Clinique Gynécologique
	PIGEAUD	Clinique Obstétricale
	BOURRET	Médecine du Travail
	LEVRAT	Clinique Médicale A
	SOHIER	Hygiène et Action Sanitaire et Sociale
	DUCLOS	Clinique Stomatologique
	BERNHEIM	Clinique Médicale Infantile et Hygiène du premier âge
	JOURDAN	Biologie Médicale et Pharmacodynamie
	NETIEN	Botanique et Cryptogamie
	BERTRAND	Clinique Chirurgicale C
	BADINAND	Chimie Analytique Pharmaceutique
	DREVON	Pharmacie et Pharmacologie
	ROCHE	Médecine Légale et Déontologie
	COUDERT	Parasitologie et Pathologie Exotique
	MOUNIER-KUHN	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
	PAUFIQUE	Clinique Ophtalmologique
	THIERS	Clinique de Dermatologie et Syphiligraphie

BRUN	Clinique de Pneumo-phtisiologie
CREYSSEL Jean	Clinique Traumatologique des Membres
DARGENT	Cancérologie
GUICHARD	Anatomie Pathologique
GIRARD Paul	Pathologie Générale et Expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie Chirurgicale
GIRARD Marcel	Thérapeutique
VACHON	Pathologie Médicale
GALY	Physio-Pathologie des Voies Respiratoires
KEHL	Histologie
PAPILLON	Radiologie
X...	Clinique des Maladies Infectieuses et Bactériologie
X...	Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie Sociale.

Professeurs à titre personnel

BERGER	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
DORCHE	Techn logie Pharmaceutique

Professeurs sans chaire

BANSILLON	Obstétrique
ROMAN	Parasitologie
BERTOYE	Bactériologie
CIER J. François	Physiologie
CHATONNET	Physiologie

Maîtres de Conférences Agrégés

CIER André	Pharmacie et Pharmacologie
PERROT Louis	Chimie Organique et Toxicologie
FEROLDI Jacques	Anatomie Pathologique
CREYSSEL Roger	Chimie Biologique et Médicale
DUROUX Emile	Anatomie
BRETTE René	Thérapeutique
DUMONT Louis	Histologie
TRIVOLET Jean	Hygiène
GARIN J. Paul	Parasitologie
MORET Robert	Physique
ODDOUX Lucien	Botanique et Cryptogamie

AGREGES EN EXERCICE

LECUIRE Jean	chargé d'enseignement	Neuro-chirurgie
GONIN André	dº	Cardiologie
MATHIEU Jacques		Obstétrique
MARION Joseph		Orthopédie
PONT Maurice	chargé d'enseignement	Propédeutique Médicale
VIGNON Georges	dº	Pathologie Médicale
REVOL Louis	dº	Pathologie Médicale
JAUBERT de BEAUJEU	dº	Pathologie chirurgicale
TRAEGER Jules	dº	Médecine Générale
GUILLEMIN Georges	dº	Pathologie Chirurgicale
BURTHIAULT René	dº	Obstétrique

FRANCOIS René	Chargé d'enseignement	Pédiatrie, puériculture
GUINET Paul		Médecine Générale
SAUTOT Jean		Pathologie Chirurgicale
MARION Pierre		Chirurgie Générale
MICHAUD Pierre		Chirurgie Générale
MONNET Paul		Maladies Infectieuses
GIGNOUX Marcel		Oto-Rhino-Laryngologie
FREIDEL Charles		Stomatologie
PLAUCHU Marcel		Médecine Générale
DEVIC Michel	Chargé d'enseignement	Pathologie Médicale
COLLIN Marcel	dº	Médecine Légale
GUYOTAT Jean	dº	Neurologie
DUMONT Martial	dº	Obstétrique
DURAND Louis Noël	dº	Urologie
FRANCILLON Jacques	dº	Chirurgie Générale
DESPIERRES Charles		Médecine Générale
de MOURGUES Georges		Chirurgie Générale
SAUBIER Eugène		Chirurgie Générale
COLOMB Daniel		Dermatologie
TOLOT François		Médecine du Travail
SCHOTT Bernard		Neurologie, Psychiatrie
BONHAMOUR Georges		Ophatalmologie

Examinateurs de la Thèse

Président ..... M. MOUNIER-KUHN

Assesseurs ..... M. GIGNOUX

M. FEROLDI

M. PIAGET

-:-:-:-

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Que ce travail soit pour elle
le témoignage de mon affection
et de ma gratitude.

A MON MARI

En gage de mon affection et de
ma reconnaissance pour l'aide
qu'il m'a apportée

A MES ENFANTS

A mes FRERES et SOEURS,

A mes BEAUX-FRERES, BELLES-SOEURS, NEVEUX, NIECES

A mes BEAUX-PARENTS,

A MES PARENTS et AMIS

En témoignage d'affection.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur MOUNIER - KUHN

Professeur de Clinique
Oto-Rhino-Laryngologique

Il nous a fait le grand honneur d'accepter de présider notre Jury de Thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A Messieurs les Membres de notre Jury

Monsieur le Professeur Agrégé PIAGET

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique à l'Ecole Nationale de Médecine de GRENOBLE.

C'est à lui que nous devons l'idée initiale de cette Thèse et nos observations.

Nous le remerçions vivement de l'intérêt qu'il a bien voulu manifester pour notre travail et de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de siéger parmi nos juges aujourd'hui.

Qu'il soit assuré de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur GIGNOUX

Professeur Agrégé - ~~Maladies Infectieuses~~ O.R.L

Monsieur le Docteur FEROLDI

Maître de Conférences Agrégé
Anatomie Pathologique

Nous les remerçions de leur accueil
Leur présence dans notre Jury est une grande faveur.

A Monsieur le Professeur BONNIOT
Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux de GRENOBLE

Il a bien voulu mettre à notre disposition l'observation d'une de nos malades.

Qu'il veuille bien trouver ici, un témoignage de respectueuse reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueillie.

Au Docteur COUDERC

Il a bien voulu nous consacrer une partie de son temps et aider de son savoir l'élaboration de notre travail. - Nous lui avons demandé sa collaboration pour l'étude anatomopathologique.

Qu'il soit assuré de notre gratitude et de notre amitié.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de GRENOBLE

EXTERNAT :

Docteur	PERONNET
Professeur	GRANDMAISON
Professeur	ARNAUD
Professeur	BETHOUX
Docteur	FLANDRIN
Professeur Agrégé	FAU
Docteur	CHATEAU
Professeur	ROGET

INTERNAT: (Faisant fonction)

Professeur	CABANAC
Docteur	MAITREROBERT
Professeur	BONNIOT
Professeur Agrégé	BARRIE

INTERNAT:

Professeur Agrégé	DUGOIS
Professeur	LEDRU
Professeur	BETHOUX
Docteur	FLANDRIN
Professeur Agrégé	FAU
Docteur	CHATEAU
Professeur Agrégé	MAZARE

A mes Conférenciers d'Externat et d'Internat

Docteur Paulette MOTTE - Docteur BACHELARD

Docteur BOUCHET
Docteur BLANC-JOUVAN
Docteur DESCHAMPS
Docteur GUILHOT
Docteur MARTIN
Docteur COUPPIE
Docteur BERNARD

En témoignage de ma reconnaissance

A mes Camarades de l'Internat de GRENOBLE

En gage d'amitié

A mon Amie Eliane MARTIN

Qu'elle soit remerciée de l'aide matérielle qu'elle m'a apportée.

I N T R O D U C T I O N

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

C'est à CHAPMANN que nous devons la première observation de Sarcome Primitif de l'Oesophage; il la publia en I877, la tumeur était un fibro-sarcome chez un homme âgé de 45 ans.

De nombreux auteurs s'intéressèrent par la suite à cette Tumeur dont l'étude fut progressive.

Du point de vue anatomo-pathologique

- Macroscopiquement, la première description revient à STARCK qui en I900, publiant 2 cas personnels, distingue les formes polypeuses et les formes diffuses infiltrantes; descriptions reprises par KAUFFMANN, HACKER et LOTHEISSEN en I926.

- Deux ans plus tard, c'est à une étude microscopique que SIMON en I928 s'attache à propos d'une revue générale; il critique les compte-rendus histologiques des 50 cas cités jusqu'alors et ne retient comme certaines que 30 publications dans la littérature; les autres sont réfutées par l'auteur soit comme étant des erreurs d'examens, soit que, du type infiltrant diffus, il les considère comme des carcinomes.

Du point de vue clinique et diagnostic

Citons les revues de CORNER et FAIRBANCK en I904 et de FISCHER vingt ans plus tard.

Mais c'est surtout à DVORAK (I931) qui, à la suite d'un cas personnel, fait une revue de 50 cas, à THOREX-NEIMANN,

à RESANO et ses collaborateurs, que nous devons une description détaillée des symptomes cliniques. HALLISON et RESANO concoururent également par la pratique qu'ils firent de la radiologie et de l'endoscopie à compléter le diagnostic des Sarcomes Oesophagiens.

- La thérapeutique vint dans un troisième temps. Les sarcomes de l'oesophage, mieux connus au point de vue clinique et radiologique, diagnostiqués plus précocément, les recherches s'orientent vers la thérapeutique.

Certes les premiers essais chirurgicaux sont pratiqués par CZERNY (I877) et MICKULIEZ (I884); BERARD et SARGNON préconisent la gastrostomie, intervention palliative et de désespoir.

En fait, la radiothérapie et la curiethérapie font naître les premiers espoirs après le succès obtenu par MENNE et BIRGE en I936 (I an I/2 de survie).

Puis c'est l'essor de la Chirurgie Thoracique; le premier succès est obtenu en I945 par HARRINGTON. Les statistiques désastreuses des premières années s'améliorent progressivement grâce aux progrès techniques anesthésiques et chirurgicaux, aux antibiotiques et à la réanimation.

- A propos de 2 cas de Sarcomes Primitifs de L'Oesophage observés au Centre Hospitalier de Grenoble, nous nous sommes proposés de rechercher les différentes publications de ces tumeurs rares, sans pour autant prétendre les avoir toutes recueillies, jusqu'en Juillet I959.

Sur le chiffre de 205 observations retrouvées, 9I publications ont paru depuis I945. Les possibilités chirurgicales

actuelles et un meilleur diagnostic sont sans doute les causes de cette plus grande fréquence.

Nous nous sommes heurtés à d'importantes difficultés:
- Certaines revues d'ensemble ne mentionnent que des renseignements disparates et incomplets tant sur l'âge des malades que sur le traitement ou l'étiquette histologique précise de la Tumeur.

- Certaines observations semblent citées à plusieurs reprises par des auteurs ou des publications différentes.

Malgré ces écueils, nous nous proposons dans le présent travail d'entreprendre une étude d'ensemble des Sarcomes de l'Oesophage. Et pour ce faire, après l'exposé de nos observations nous envisagerons successivement les problèmes anatomo-pathologiques posés par ces tumeurs, leurs caractères cliniques, radiologiques et endoscopiques. Ils nous conduiront ainsi à l'étude diagnostique. Enfin, nous essayerons de rapporter brièvement les méthodes thérapeutiques employées à leur propos, et avec les résultats du traitement, nous verrons le pronostic réservé aux Sarcomes de l'Oesophage.

*
* *

O B S E R V A T I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

OBSERVATION N° I

Résumé :

Femme de 51 ans, porteuse d'une tumeur oesophagienne pédiculée ayant évolué en 8 ans, de I947 à I955, sous le masque d'épisodes dysphagiques intermittents non douloureux.

Anamnèse :

Madame L. Q..... 51 ans, malade du Pr PIAGET, est hospitalisée dans le service d'O.R.L., le I0 Février I954 pour dysphagie. Les premieres gênes à la déglutition remontent à I947, divers examens pratiqués alors permettent le diagnostic de tumeur maligne de l'oesophage.

Aucune thérapeutique ne fut instituée.

- En Mai I953 : la malade consulte le Pr PIAGET pour une nouvelle poussée dysphagique; l'Oesophagoscopie permet de voir une masse polypoïde bourgeonnante, du I/3 postérieur de l'oesophage; la biopsie confirme le diagnostic d'épithélioma spinocellulaire.

Un traitement d'Oxyferriscorbone est institué, à la suite duquel une nouvelle endoscopie, en Octobre I953, permet de noter "un aspect général de la muqueuse peu modifié, mais une diminution de la grosseur des polypes. Un fragment biopsique examiné donne la même réponse histologique que précédemment.

A quelques jours de là, le transit oesophagien indique: "une dilatation de la partie supérieure de l'oesophage donnant l'aspect de deux poches avec paroi à allure mitée. Légère sténose".

- Le I5 Février I954, nouvelle Oesophagoscopie : "la dilatation de la partie supérieure de l'Oesophage persiste, avec présence d'une surface postérieure et latérale droite plus ou moins bourgeonnante et grosse saillie polypeuse provenant de la paroi postérieure. - L'examen histologique fait alors mention de polype de la muqueuse Malpighienne sans signe histologique de prolifération cellulaire ou maligne; congestion vasculaire importante.

- Trois semaines après, en Mars I954, le compte-rendu d'Oesophagoscopie note un oesophage assez propre, la tumeur remonte très près de la bouche oesophagienne (I5 cm. des arcades dentaires) et s'étend jusqu'à 27 cm. Présence d'ulcérations postérieures et latérales, creusantes à aspect polypoïde surtout sur le bord externe droit.

Un prélèvement biopsique est fait en deux points :

- Sur une coupe : "L'aspect fibrosarcomateux se précise par la présence de monstruosités cellulaires et de lacunes sanguines sans endothélium.

- Sur la deuxième: "Si l'aspect de polype muqueux malpighien n'est pas discutable par son aspect papillomateux, la présence de forts amas hémorragiques et de cellules atypiques peuvent laisser suspecter une dégénérescence maligne qui n'est cependant pas trouvée par des signes caractéristiques."

Pendant toute la période d'hospitalisation la malade est traitée par Radiothérapie (22 séances au total).

- Après arrêt du traitement, une nouvelle oesophagoscopie (29 Avril I954) est pratiquée, (Pr PIAGET) : "Cet examen permet de retirer par le tube un gros polype qui s'est détaché spontanément. La lumière oesophagienne est beaucoup plus libre; l'ulcération postérieure a diminué d'étendue, mais semble assez sanieuse et fétide. L'interprétation biopsique est formelle : "épithélioma atypique à cellules isolées basophiles; très nombreuses monstruosités et lacunes sanguines.

- Cinq jours après l'expulsion du fragment, le transit Oesophagien apparaît sensiblement normal, ce qui laisse supposer le caractère non infiltratif de la Tumeur.

Cependant, la malade présente de nombreuses quintes de toux, mais une radio thoracique demandée est normale; le lipiodol effectué ne montre aucune image de fistule oesophago-trachéale.

La sortie de la malade est envisagée, mais elle est de nouveau admise un mois plus tard, en Juin I954, à l'occasion de troubles dyspnéïques importants.

La radiographie pulmonaire montre alors une image pamhilaire bilatérale d'hypoventilation ou d'atélectasie que peut expliquer un envahissement du médiastin.

- Reprise du Traitement radiothérapique (I2 séances), malgré une légère anémie avec leucopénie à 3100.

- Le traitement permit une amélioration notable, la dyspnée ne persistant qu'à l'effort.

- Fin Novembre I954, un nouveau séjour hospitalier est

nécessité par une dysphagie totale, l'alimentation est impossible. Cette symptomatologie est expliquée par le transit: "Le produit opaque est arrêté par une masse médiastinale haute du volume d'une grosse orange refoulant les organes périphériques et expliquant la progression de la bouillie barytée".

Quelques jours après, l'Oesophagoscopie ne fait que confirmer "l'existence à I2 cm. des arcades dentaires d'une grosse masse bourgeonnante encéphaloïde dont le point d'implantation se situe sur la face postérieure de l'oesophage. La Tumeur est très hémorragique et s'effrite facilement.

Biopsie : " Le fragment examiné ne présente pas de signe histologique de dégénérescence maligne. Par contre, infiltration inflammatoire importante et congestion vasculaire s'accompagnant de zones hémorragiques."

- Un traitement par l'ypérite est mal supporté, entraînant vomissements et diarrhée, nécessitant l'arrêt de la thérapeutique.

Au contraire, de nouvelles séances de radiations ionisantes amènent une diminution du volume de la tumeur, permettant de nouveau une alimentation liquide et semi-solide.

L'état général s'améliore rapidement.

Cependant, le transit oesophagien montre encore une dilatation sus-stricturale à développement antéro-latéral droit au-dessous de laquelle la tombée de la bouillie imprègne un canal assez étroit mais souple.

- La malade quitte le service. Elle est revue à la

Consultation externe le II Mars I955 : il n'existe aucune gêne à la déglutition même des solides. Il n'y a pas de signe de compression. Les cordes vocales sont parfaitement mobiles.

- Six semaines après (fin avril I955), elle consulte à nouveau :

-Depuis quelques jours, reprise de la dysphagie accompagnée de douleurs au niveau de la gorge et d'otalgies nécessitant le sixième séjour dans le service.

L'examen laryngoscopique est normal et le transit est paradoxalement sensiblement normal lui aussi. Cependant, l'oesophagoscopie (Pr. PIAGET) découvre : " à 20 cm. des arcades dentaires, sur la paroi postérieure et latérale droite de l'oesophage, une masse blanchâtre par endroit, du volume d'une petite noix, non indurée, mais résistante à la coupe, saignant très peu."

En contournant cette tumeur par la gauche, l'examen est possible jusqu'à 28 cm, où s'implante une tumeur identique à la première. Un prélèvement de chaque tumeur est pratiqué.

Examen anatomo-pathologique :

Sur le fragment examiné on ne reconnait aucune structure tissulaire rappelant l'oesophage. On se trouve en présence d'un tissu conjonctif lâche, très riche en vaisseaux congestionnés, bourrés de polynucléaires; par ailleurs, ce tissu est envahi de cellules leucocytaires (polynucléa ires) et il se continue par un aspect nécrotique.

Quelques jours après, le I7 Mai I955, un nouvel examen endoscopique révèle que "l'Oesophage présente de temps en temps des spasmes". Grosse amélioration locale. On voit surtout

deux polypes distants de 5 cm. qu'on enlève.

Le 25 Juin I955, la malade est très dyspnéique, et à deux reprises présente une crise d'oedème aigü du poumon. Le soir, la famille l'emmène et l'exitus se produit deux jours après.

En conclusion :

Cette observation présente plusieurs particularités :

I°/ - Sous l'angle évolutif :

- l'exitus n'a lieu que 8 ans après la découverte de la Tumeur Maligne.

2°/ - Sous l'angle des symptomes cliniques :

- 6 ans de silence après une courte période dysphagique.
- Puis pendant 2 ans, dysphagie intermittente, non douloureuse sauf à la période terminale. Les poussées dysphagiques correspondent radiologiquement à une obstruction de l'Oesophage; au point de vue endoscopique à l'existence d'une ou plusieurs Tumeurs pédiculées.

3°/ - Sous l'angle thérapeutique :

- Pendant les 6 premières années, aucun traitement; la tumeur ne semble pas augmenter de volume.
- Pendant les deux dernières années, au début efficacité des séances de Radiothérapie itérative avec disparition des signes cliniques , réalimentation possible. La rétrocession de la Tumeur est vérifiée

par endoscopie et radiographies; mais la réapparition de la Tumeur est de plus en plus rapide.

4°/ - Sous l'angle histologique :

Il est à noter l'imprécision des réponses après examen biopsique, où alternativement est porté le diagnostic de Carcinome, de Sarcome ou de Tumeur inflammatoire sans signe de malignité.

*
* *

OBSERVATION N° II

Résumé :

Homme de 71 ans, sans passé pathologique notable, dysphagique depuis 2 ans, porteur d'une Tumeur pédiculée non infiltrante de l'Oesophage, d'apparence bénigne, justifiant la résection limitée. La malignité est révélée par l'examen histo-pathologique, et confirmée par la récidive cinq mois après l'intervention, et l'exitus trois mois plus tard.

Anamnèse :

Monsieur Henri B ...., chaudronnier, est âgé de 71 ans lorsqu'il est adressé au Pr PIAGET, et hospitalisé dans le service d'O.R.L.

L'histoire de ce malade, sans passé pathologique notable, remonte à deux ans. Dès cette époque, il se plaint d'une légère dysphagie, considérée et traitée comme un spasme de l'oesophage. Mais depuis quelques mois, les troubles de la déglutition se sont accentués, portant uniquement sur les aliments

solides; le malade précise que seules les premières bouchées avaient de la peine à passer.

Un premier transit est effectué le II Septembre I958. La veille de son entrée à l'hôpital " tous les clichés en série montrent au I/3 moyen une zone dilatée, entre deux zones très spasmées, à bords minces, parfois difficiles à suivre. L'image a un aspect aréolaire à très grandes mailles. Les images de clarté en particulier sont superposables.

En position Trendelenbourg, la grosse tubérosité est normale. La baryte reste accrochée longtemps après au niveau de la zone signalée. L'image est celle d'un processus tumoral, bourgeonnant, beaucoup plus que celle (invérifiée) d'énormes varices; elle est comparable à celle d'un "coquetier renversé". De très légères traînées de baryte, insinuées le long des parois oesophagiennes, circonscrivent une image lacunaire ovoïde, longue d'environ I0 cm. dont le pôle supérieur parait situé à I cm. au-dessous de la crosse aortique, et soulignant l'élargissement fusiforme de l'Oesophage.

Une Oesophagoscopie (Pr. PIAGET) montre 4 jours après: "au-dessous d'un anneau de spasme oesophagien situé à 22 cm. et facilement franchi, une tumeur endo-oesophagienne dure, dont le pôle supérieur est à 30 cm. des arcades dentaires; tumeur semblant pédiculée sur la face antéro-latérale droite de l'Oesophage, s'étendant jusqu'à 38 cm. présentant un aspect fibromateux. Au contact : tumeur dure, qui est pédiculée".

L'examen histologique est pratiqué par les Drs.FOURNIE et COUDERC :

"Prolifération mésenchymateuse fibroblastique et fibrocytaire, assez richement mitotique et présentant des atypies cellulaires. Ce tissu conjonctif jeune est parcouru de petits vaisseaux de néoformation, mais à parois individualisées, revêtu

en surface d'un liseré granulomateux nécrotique et hémorragique. Il ne contient pas d'épithélium ou d'envahissement épithélioma-teux et ne permet pas de confirmer le diagnostic d'épithélioma fuso-cellulaire atypique. Cependant, nous restons inquiets des aspects spécialement prolifératifs de ce tissu conjonctif jeune, aspects qui dépassent ceux des blastèmes de régénération bana-le et qui évoquent nettement un diagnostic de tumeur (conjonc-tivome), peut être en évolution maligne."

L'histoire clinique, la longue période de dysphagie progressive, la parfaite conservation de l'état général et l' aspect radiologique conduisaient à penser à une tumeur bénigne de l'oesophage et spécialement à un léiomyome, la plus fréquen-te de toutes. Mais l'oesophagoscopie et plus encore l'examen histologique s'inscrivaient en faux contre ce dernier diagnos-tic et obligeaient à de sérieuses réserves quant à la bénigni-té de la tumeur.

De nombreuses radiographies osseuses furent faites à la recherche d'éventuelles métastases osseuses, elles furent toutes négatives.

Le malade fut envoyé le 8 Octobre I958 à la Clinique Chirurgicale (Pavillon Canel, Pr BONNIOT), pour intervention.

L'examen clinique est entièrement négatif à cette époque. La tension artérielle est à I2/7. On note un éréthisme cardiaque.

Les Examens pré-opératoires sont demandés . Hémogramme : (G.R. 4.500.000; G.B. 8.200; Hbg. 94 %; V.G. 1. Formule leucocytaire : P.N. 48; E. 2; G. Lympho. 40; P.Lympho.I0 Légère anisocytose). Hématocrite : 44 %. T.S. 3'; T.C. 4'. Prothrombine : 65 %. Tests hépatiques normaux. Glycémie norma-le.

Poids : 62 kg 600 à l'entrée .

E.C.G."rythme sinusal rapide à 95. Quelques extra-systoles auriculaires. Légers signes d'hypertrophie ventriculaire gauche." - Pas de contre indication opératoire.

Mais la dysphagie est de plus en plus intense, la température est constante à 38, 38°5. Un traitement antibiotique est commencé : didromycine, bipénicilline, vitamines.

L'intervention est pratiquée le I4 Octobre I958.
(Pr. BONNIOT, Pr BARRIE , M. GUEGUEN).

" Thoracotomie droite dans le sixième espace : la tumeur fait une volumineuse saillie qui apparit, dès que le poumon, légèrement adhérent, est récliné en avant. Le pôle supérieur de la tumeur atteint la crosse de l'azygos qui est sectionnée. La tumeur a environ I0 cm. de long sur 4 cm. de large. Après incision de la plèvre médiastine, on explore la tumeur pour chercher s'il est un point d'implantation intra-musculaire. La musculeuse est fendue de haut en bas. La sonde oesophagienne que l'on voit à travers la muqueuse s'insinue tout autour de la tumeur. On ne peut trouver aucune zone où la tumeur soit sous-muqueuse. Dans ces conditions, la muqueuse est incisée sur la face droite de l'oesophage et la tumeur est luxée en dehors. Elle est entièrement intra-muqueuse avec un très fin pédicule implanté sur la face antérieure de l'oesophage. Ligature et section du pédicule. La sonde oesophagienne est passée jusque dans l'estomac. Suture inversante de la muqueuse par points en X à la soie fine. Suture de la musculeuse par points en X à la soie. La plèvre médiastine est seulement rapprochée par deux points de suture aux deux extrémités inférieure et supérieure de l'incision. Mise en place d'un drain pleural. Antibiotiques (pénicilline, streptomycine). Fermeture de la paroi avec agrafe d'Overholt.

Les suites opératoires furent simples, à part deux courtes périodes d'hyperthermie à 39°7, 40°, l'une de deux jours le lendemain de l'opération, l'autre au treizième jour qui, en raison d'une hyper-leucocytose à 27.500 globules blancs fit craindre une médiastinite, mais qui céda en deux jours aux antibiotiques.

Traitement post-opératoire ; plasma, sqng (pendant l'intervention), vitamine B1, vitamine C, Vitamine B6, streptomycine, bipénicilline, aspiration continue.

La sonde oesophagienne fut explusée dans un effort de toux le deuxième jour. Le transit oesophagien fut d'emblée normal pour les liquides. Le 31 Octobre I958, le malade présente de petits signes d'asystolie qui cèdent à la digitale.

L'alimentation solide fut reprise au bout de trois semaines, et l'opéré quitta l'hôpital le 24 Novembre I958 pour un séjour en maison de repos, un mois et I0 jours après l'intervention.

La pièce opératoire, se présente comme une Tumeur ovoïde de I0 cm. de long environ et 4 cm. de diamètre. Sa surface en est lisse, nécrotique par endroit.

Macroscopiquement : à la coupe, elle est ferme, d'aspect fasciculé. Par place, des zones de ramollissement, ou de nécrose aboutissent à la formation de petites cavités pseudo-kystiques.

Compte-rendu histologique : (réf. 58 G 8985) Drs FOURNIE et COUDERC; "Bordée en surface par un liseré nécrotique, recouvrant un tissu de granulation banal, cette tumeur est formée de deux contingents nettement différents : - de petites masses épithéliomateuses polylobées au sein d'un tissu sarcomateux polymorphe. Les lobules épithéliomateux sont constitués de

cellules malpighiennes dont les éléments périphériques sont disposés en palissade, tandis qu'au centre ils acquièrent une apparence fusiforme anaplasique. Les cellules épithéliomateuses sont de grande taille ; elles ont un cytoplasma sombre, le plus souvent homogène. En de rares points s'ébauchent des figures de dyskératose. Plus rares encore sont les cellules à cytoplasma présentant une vacuole refoulant le noyau à la périphérie. Les noyaux sont monstrueux, irréguliers, à chromatine dense, en grosses mottes; les mitoses irrégulières, les mitonécroses sont nombreuses. Par place, ces noyaux tumoraux sont limités par une basale de réticuline. Ailleurs, celle-ci disparait et les cellules épithéliomateuses s'effilochent et se séparent en élément isolés, fusiformes ou arrondis, dans un stroma myxoïde auquel fait suite le tissu sarcomateux. Celui-ci revêt un aspect très polymorphe où l'on rencontre côte à côte des ilots d'apparence fibrosarcomateuse ou myosarcomateuse. Mais le plus souvent, ce sont les plages ostéoïdes qui dominent.

Les caractères structuraux de cette tumeur s'apparentent aux tumeurs mixtes ; en particulier les rapports existant entre les contingents <u>épithéliaux</u> d'une part, <u>sarcomateux</u> d'autre part.

- Les caractères cytologiques en font une tumeur maligne.

- La terminologie employée pour qualifier cette néoformation sera variable selon les conceptions histogéniques. Pour les unes, <u>épithéliosarcome</u>, pour les autres <u>tumeur mixte maligne</u>, pour d'autres enfin, <u>stroma-réaction sarcomateuse d'un épithélioma malpighien.</u>"

A la sortie de l'hôpital, l'état général était amélioré, l'apyrexie totale, tandis qu'une reprise de poids était notée les dernières semaines. Le transit oesophagien s'effectuait d'une façon normale.

- Mais cette guérison apparente fut de courte durée puisque le 5 Mars I959 le malade revient dans le service de clinique chirurgicale souffrant à nouveau de dysphagie, la température est à 39°, mais un abcès de la fesse est en formation.

Le transit oesophago-gastrique (DR. M. KUENTZ) pratiqué montre : "l'apparition d'une dilatation oesophagienne inférieure avec même une zone diverticulaire. Cette dilatation semble en rapport avec une sténose basse surmontant une petite hernie hiatale de la muqueuse gastrique. Par ailleurs, l'aspect gastrique parait normal."

L'hémogramme montre : Globules rouges : 4.900.000
avec globules blancs : I3.500
L'urée est à 0,55 g.

Sous l'effet du traitement antispasmodique la dysphagie disparait deux jours après son entrée. L'état général s'améliore rapidement, mais le malade garde encore une certaine gêne à la déglutition des solides, l'obligent à boire après chaque bouchée. Les anti-spasmodiques sont associés aux antibiotiques et un nouveau transit du I8 Mars I959 montre "après l'ingestion de bouillie un blocage assez haut situé. Puis celui-ci cède au bout de quelques instants et le reste de l'oesophage peut se remplir. Le fragment inférieur a des parois très irrégulières indiquant un bourgeonnement probable de cette région".

Devant cette extension rapide de la masse tumorale un traitement radiothérapique est commencé... et interrompu le 26 Mars I959 pour quelques jours, le malade ayant eu quelques crachats hémoptoïques. L'hémogramme est satisfaisant, sauf une leucocytose persistante à I7.200.

Le malade se plaint rapidement de douleurs de l'hémithorax droit et d'asthénie de plus en plus importante.

L'hémogramme se normalise, la leucocytose régresse, mais la dysphagie rend l'alimentation pénible et une gastrostomie est envisagée, puis rejetée par suite d'une amélioration temporaire du transit oesophagien. Deux ou trois semaines après, les aliments à nouveau ne passent plus, tout effort entraine des régurgitations, le malade réclame la gastrostomie.

Par ailleurs, des troubles urinaires sont apparus depuis peu, avec pollakiurie nocture; une hypertrophie prostatique est perçue au toucher rectal.

L'état général décline rapidement, l'hémogramme confirme une anémie qui le 9 Mai est à 3.400.000, le I4 Mai à 2.900.000.

Maintenu jusqu'alors avec des calmants, le malade décède le 4 Juin I959.

En conclusion :

Chez cet homme de 71 ans, venant consulter pour une dysphagie intermittente depuis 2 ans, cédant aux antispasmodiques et ne s'accompagnant d'aucune altération de l'Etat Général, la découverte d'une Tumeur pédiculée non infiltrante de l'Oesophage conduit à l'intervention chirurgicale.

L'exérèse localisée est suivie de récidives, de métastases. La mort survient cinq mois plus tard.

L'aspect histologique complexe de la Tumeur fait discuter le diagnostic d'épithéliosarcome pédiculé de l'Oesophage.

*
* *

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Deux grands types de faits semblent se dégager d'une étude anatomo-pathologique d'ensemble des sarcomes oesophagiens:

- d'une part, des données statistiques sur la fréquence relative ou absolue des divers types histologiques ou macroscopiques.

- d'autre part, des discussions diagnostiques et histogénétiques sur l'origine et la nature même, sarcomateuse, de certaines tumeurs.

En abordant le chapitre anatomo-pathologique suivant ces deux notions synthétiques, nous n'enfreindrons nullement le classicisme et la rigueur des exposés de cette spécialité; elles nous conduiront à envisager tout d'abord l'étude macroscopique, puis les aspects histologiques les plus souvent rencontrés; enfin, nous ébaucherons les grandes lignes des polémiques sans cesse renouvelées sur le diagnostic des sarcomes de l'oesophage, et plus encore sur l'histogénèse des carcinosarcomes de cet organe.

I - ETUDE MACROSCOPIQUE :

L'étude des compte-rendus opératoires ou des protocoles d'autopsie permet de grouper certaines constatations concernant le siège, le nombre des tumeurs et surtout leur aspect macroscopique.

I°) - Le siège :

Dans I48 observations, sur les 205 que nous avons colligées, le siège de la tumeur est réparti de la façon suivante:

- région cervicale : I2 cas, soit 8,1 %
- région thoracique :
  - I/3 supérieur: 25 cas, soit I6,9 %
  - I/3 moyen : 40 cas, soit 30,3 %
  - I/3 inférieur: 67 cas, soit 45 %
- région diaphragmatique et abdominale : 4 cas, soit 2,7 %

Ainsi, dans I32 cas sur I48 (89 %) la tumeur est localisée à la portion oesophagienne thoracique. Le lieu d'élection reste le I/3 inférieur de cette zone : (45 % des cas; 51 % des localisations thoraciques).

La prépondérance de cette localisation n'est pas pour étonner : en effet, c'est la plus facile à affirmer; plus discrètes sont généralement les indications recueillies dans la littérature sur les tumeurs de la portion cervicale ou terminale de l'oesophage, et en conséquence, plus aléatoires sont les conclusions chiffrées. Une étude critique des observations peut permettre d'incriminer une tumeur hypopharyngienne ou gastrique à développement et extension vers l'oesophage.

2°) - Aspect macroscopique :

Le Sarcome de l'Oesophage, est une tumeur généralement unique; dans sa thèse CROUE signale de rares observations de tumeurs doubles, (BORRMANN, OVENS et RUSSEL) ou triples (LIVINGOOD). Encore convient-il pour les admettre d'éliminer la possibilité de résurgence locale de la tumeur primitive.

La taille est des plus variable. Facilement mensurable dans les cas de tumeurs pédiculées, elle ne parait pas en rapport avec la structure histologique.

Malgré la diversité des descriptions macroscopiques, il nous a semblé possible de détacher trois formes macroscopiques

principales en fonction du développement prédominant de la tumeur : soit dans l'épaisseur de la paroi, soit en dehors d'elle vers les organes médiastinaux, soit dans la lumière du conduit oesophagien.

Il est évident qu'une telle distinction n'a que la valeur d'un schéma et que les formes de passage, ou les formes intriquées sont plus fréquentes dans les tumeurs évoluées.

1/ - Le premier groupe représente à lui seul 63 % des I42 cas où memtion est donnée de l'aspect macroscopique : la forme polypeuse révèle une masse ovoïde de volume variable, n'excédant pas 5 à I0 centimètres dans sa plus grande dimension, à surface souvent irrégulière, ulcérée ou nécrosés, ponctuée de plages hémorragiques.

Cette tumeur est pédiculée; son implantation se fait en n'importe quel point de la circonférence oesophagienne. Le pédicule est généralement court et épais, souligné par un bourrelet ulcéré et hémorragique de la muqueuse oesophagienne.

La consistance, la structure à la coupe, la couleur du tissu tumoral sont fonction de sa nature histologique.

2/ - Les tumeurs à développement mural représentent un groupe moins homogène. Leur aspect est souvent voisin du carcinome. Ce peut être une infiltration diffuse à toute la paroi, s'étendant largement à l'adventice et aux espaces celluleux péri-oesophagiens.

Dans d'autres cas, l'extension annulaire centripète parait rétrécir et obstruer la lumière oesophagienne avant de se développer vers le médiastin.

Parfois enfin, la surface de la muqueuse est soulevée de végétations ou de nodules enchassés dans la paroi, à pourtour induré.

Dans tous les cas, la muqueuse peut paraître intacte, ou au contraire s'ulcérer, revêtir un aspect verruqueux ou bourgeonnant, plus ou moins sanieux.

3) - RESANO a magistralement décrit une troisième forme, à développement extra-mural : véritable "polype" extrinsèque qui adhère peu aux organes médiastinaux, ne les envahit pas et s'en sépare par une capsule rudimentaire, de clivage facile.

*
* *

Cette distinction n'est pas sans intérêt pratique : l'évolution des Sarcomes de l'Oesophage a pu dans une certaine mesure lui être superposée :

I°) - la forme polypeuse pure a fait discuter la dégénérescence sarcomateuse de tumeur bénigne de l'oesophage.

Sans entrer dans la discussion de principe, remarquons simplement qu'une telle hypothèse autorise à souligner la relative lenteur d'évolution des sarcomes de forme polypeuse.

2°) - Les tumeurs infiltrantes forment, nous l'avons dit, un groupe hétérogène : dans les formes nodulaires et infiltrantes, ulcérées ou non, l' évolution serait relativement lente, les signes cliniques tardifs.

De même, l'invasion médiastinale assez tardive, la précocité de la symptomatologie, confèreraient théoriquement aux sarcomes annulaires à extension centripète un pronostic plus favorable que la forme infiltrante proprement dite. Dans celle-ci, en effet, l'extension aux organes médiastinaux est précoce et massive, entrainant des perforations oesophagiennes, des fistules trachéo-oesophagiennes ou oesophago-bronchiques. Les métastases

sont également précoces et fréquentes. MICHAUD a bien insisté sur ces caractères évolutifs.

3°) - Cette forme infiltrante et extensive ne doit pas être confondue avec le type décrit par RESANO, dont le développement extrinsèque reste toujours limité, l'évolution lente, l'envahissement lymphatique minime, la diffusion métastatique rare et tardive.

Après d'autresauteurs, nous faisons mention de ce parallèle anatomo-clinique, mais nous verrons plus loin combien sont fragiles de telles distinctions en matière de sarcome.

* * *

L'extension tumorale et sa diffusion métastatique sont évidemment fonction du type histologique du sarcome.

Cependant, deux remarques nous paraissent pouvoir être formulées : les métastases peuvent apparaître à n'importe quel moment de l'évolution de la tumeur; leur découverte peut être contemporaine du diagnostic du sarcome oesophagien.

A l'opposé, elles peuvent rester latentes et ne sont mises en évidence qu'à l'autopsie (JALEWSKI et WALDO; DVORAK ; HILLEMAND).

Malheureusement, un nombre important des 205 observations que nous avons lues ne mentionnent pas l'apparition de métastases, soit que le malade ait été perdu de vue, soit que l'autopsie ne put avoir lieu.

Dans les I28 cas où elles furent systématiquement recherchées, 58 sujets en présentèrent effectivement.

Ces chiffres sont comparables à ceux donnés par CROUE dans sa thèse.

Métastases ganglionnaires lymphatiques	médiastinales	: I3 fois
" " "	sus-claviculaires	: 2 "
" " "	cervicales	3 "
" " mésentériques		1 "
" nodules médiastinaux		I3 "
" poumons-bronches		I8 "
" plèvre		6 "
" péricarde		3 "
" trachée		3 "
" estomac		4 "
" intestin		3 "
" péritoine		4 "
" foie		I2 "
" pancréas		4 "
" langue		2 "
" reins		2 "
" cerveau		2 "
" côtes		2 "
" vertèbres		1 "
" fémur		1 "

Ils ne confèrent aucune singularité aux Sarcomes de l'Oesophage : extension lymphatique régionale, métastase par voie sanguine aux poumons, au foie et aux os, sont communes à toutes les tumeurs malignes conjonctives.

*
* *

II - ETUDE HISTOPATHOLOGIQUE :

Pour le pathologiste, le diagnostic de Sarcome de l'Oesophage comporte plusieurs étapes : la malignité de la Tumeur étant établie, il convient d'étiqueter celle-ci avec précision.

C'est là le problème pratique.

Ensuite viendront les discussions d'histogénèse et de pathogénie, la recherche d'une explication à certains aspects morphologiques particuliers.

Une notion fondamentale a été précédemment établie: il s'agit d'une tumeur primitive de l'oesophage.

A) - Le diagnostic histologique des sarcomes de l'Oesophage .

I°/ - Le premier terme de ce diagnostic est en général rapidement connu : les critères de malignité sont assez évidents à l'examen microscopique des pièces d'exérèse. Nous n'y insisterons pas.

2°/ - A l'opposé et pour aussi simpliste que puisse paraître cette affirmation, il est souvent difficile de faire la distinction histologique entre certain type de sarcome et un carcinome anaplasique de l'oesophage.

Dans le cadre d'une étude générale, la lecture des observations microscopiques révèle bien souvent un protocole rédigé de façon imprécise, ne s'accompagnant d'aucune iconographie permettant de pallier cette insuffisance. Aussi devient-il délicat de classer des tumeurs qualifiées de globo-cellulaires, de fusiformes, ou de polymorphe. Même en admettant le diagnostic de Sarcome, ces étiquettes morphologiques ne préjugent abso-

lument pas de l'origine tumorale à partir d'un élément mesenchymateux plus ou moins différencié.

C'est pourquoi le diagnostic histologique devrait s'appuyer sur une technique sans défaut, utilisant à côté des colorations standard par l'hémalun - Phloxine - Safran, les méthodes trichromiques de MASSON pour mise en évidence des fibres collagène, les méthodes argentiques par imprégnation des fibres de réticuline et accessoirement des techniques telles que celle de HOTCHKISS, MAC MANUS ou que le muci-Carmin de MEYER. Ces colorations seront employées sur les multiples prélèvements effectués sur la pièce opératoire et convenablement fixés.

Ainsi apparaîtront mieux les particularités propres aux Sarcomes :

a) - Il ne nous semble pas devoir insister sur un aspect cellulaire déterminé, car la plasticité du tissu sarcomateux est telle qu'elle échappe à une description d'ensemble. Et, à l'inverse, est bien connue l'allure sarcomatoïde de carcinome anaplasique soit d'emblée, soit après traitement radiothérapique.

Cependant, dans les carcinomes, l'étude minutieuse de plusieurs préparations permettra de découvrir, en quelques points, une ébauche d'organisation, sur un mode épithélial.

b) - Plus importante nous parait l'étude du stroma tumoral.

L'envahissement des tissus mésenchymateux par les Sarcomes ne suscite pas la stroma-réaction habituelle dans les carcinomes. " Le stroma tumoral se borne le plus souvent à l'adaptation de quelques vaisseaux sanguins au néoplasme envahisseur." (P. MASSON)- Il existe de nombreux néo-vaisseaux, directement bordés de cellules tumorales à la manière d'une fente

vasculaire sans paroi propre. Les hémorragies interstitielles, les foyers d'oedème, de nécrose sont fréquents.

Dans les carcinomes anaplasiques, les cellules tumorales fusiformes ou arrondies sont groupées en îlots ou en file au sein d'un stroma collagène souvent grêle, presque toujours inflammatoire.

Cette disposition est bien connue des pathologistes qui hésitent souvent, sur un petit fragment biopsique, à porter un diagnostic d'exception, celui de sarcome, et préfèrent, tout en formulant des réserves, accepter la notion de carcinome atypique.

Les hésitations sont d'autant plus explicables que la prise biopsique est superficielle, dans une zone tumorale remaniée par des phénomènes inflammatoires de surinfection; or, cet élément inflammatoire surajouté a été souvent mis en avant pour expliquer la fréquence des carcinomes anaplasiques de l'oesophage.

Ainsi, sont justifiées les réponses variables du pathologiste, qui redressera ou confirmera le diagnostic histologique à l'examen de la pièce d'exérèse chirurgicale.

3/ - La troisième étape du diagnostic microscopique consiste à classer la tumeur en fonction des éléments mésenchymateux plus ou moins différenciés qui la composent. Il serait fastidieux de reprendre ici en détail la description des divers types de sarcomes.

Nous nous contenterons de souligner au passage quelques particularités propres aux Sarcomes de l'Oesophage.

Nous nous sommes inspirés de la classification générale des tumeurs conjonctives proposée par P. MASSON.

a) - Les sarcomes du tissu conjonctif commun ou fibrosarcomes représentent la majorité des cas connus de sarcomes oesophagiens primitifs. Ces tumeurs sont constituées de cellules allongées en fuseau, d'où le nom de sarcomes fuso-cellulaires, autrefois employé à leur propos; c'est pourquoi après SMITH et RUSK, après CROUE, nous avons classé dans ce groupe les tumeurs étiquetées sarcomes à cellules fusiformes.

L'étude de la charpente fibrillaire collagène permet de les différencier des tumeurs d'origine nerveuse.

Parfois les cellules tumorales semblent recouvrer un potentiel embryonnaire et affectent la disposition étoilée au sein d'une substance fondamentale mucoïde propre aux myxosarcomes. Mais cet aspect n'est visible qu'en certains points de la tumeur.

Nous n'avons pas trouvé dans les 205 observations étudiées de myxosarcomes purs.

b) - Dans un deuxième groupe, l'on peut classer les sarcomes des tissus conjonctifs différenciés.

Certains paraissent issus d'une souche cellulaire différenciée, présente à l'état normal dans la paroi oesophagienne : tels les léiomyosarcomes, lesrhabdomyosarcomes, les réticulosarcomes.

Mais d'autres tumeurs obligent à admettre des différenciations plus ou moins complexes à partir d'une souche originelle mésenchymateuse pluripotente : c'est le cas des sarcomes squelettogènes, par exemple.

- 1) Les tumeurs d'origine musculaire peuvent revêtir au niveau de l'oesophage, l'allure d'un léiomyosarcome, ou d'un rhabdomyosarcome. Cette dualité est parfaitement explicable

l'organogénèse et par l'histologie normale de l'oesophage.

Dans la majorité des cas, les tumeurs nées des muscles striés sont situées au niveau de l'oesophage cervical ou thoracique supérieur. Les tumeurs issues des fibres musculaires lisses s'implantent dans la moitié inférieure de l'organe.

Ces néoplasmes sont généralement de type polypeux.

2) - Pour PALMER, la fréquence des "sarcomes neurogéniques" de l'oesophage serait beaucoup plus élevée que ne le laissent apparaitre les statistiques. Cependant, la rareté des tumeurs malignes nerveuses au niveau du tube digestif - sauf peut être de l'intestin grêle - est un fait bien connu. Sans doute faudrait-il pour appuyer cette hypothèse réétudier avec soin toutes les observations de sarcomes fibroblastiques ou de léiomyosarcomes !...

3) - L'existence des sarcomes réticulaires est également contestée par PALMER. Cependant, deux cas nouveaux ont été rapportés par FRUHLING en I952.

L'étude du réseau de réticuline, une analyse minutieuse de la morphologie cellulaire, sont nécessaires à ce diagnostic.

Dans le même groupe peuvent être classés les lymphosarcomes primitifs de l'oesophage, hés des îlots lymphoïdes rudimentaires situés dans la sous-muqueuse.

4) - Mentionnons l'extrême rareté des tumeurs vasculaires : deux cas d'angio-endothéliosarcomes ont été publiés par BRODENS en I933 et PALENKER en I947; une observation d'endothéliosarcome par DONATH en I908.

5) - ROSSELET (I924) et LORTAT-JACOB (I949) rapportent chacun une observation de sarcome squelettogène. Nous verrons plus loin quelles discussions soulève un tel diagnostic.

Bornons-nous dès à présent à noter la coexistence et l'intrication de plages chondroïdes et ostéoïdes, sinon carcomateuses, et de zones de fibrosarcome ou de myxosarcome.

c) - sur le plan morphologique les mélanosarcomes de l'oesophage n'offrent aucun caractère particulier. Ils doivent, nous semble-t-il, être classés à part si l'on admet l'isolement de ce groupe morpho-physiologique qu'est le système mélanogène.

Seule la primauté de la localisation oesophagienne est réfutable.

d) - Un petit nombre d'observations font état de carcinosarcome, c'est-à-dire de tumeur maligne comportant un double contingent épithélial et conjonctif.

L'élément carcinomateux est généralement représenté par des lobules pleins, de caractère épidermoïde, mature ou immature. Aucun auteur ne signale de structure adenocarcinomateuse vraie. La structure sarcomateuse est des plus variée selon les points examinés : aspect fusiforme, fibroblastique, ostéoïde...

Les rapports entre les deux types cellulaires sont important à préciser :

Ils peuvent se situer côte à côte, ne paraissant nullement s'interpénétrer.

A l'inverse, ils sont étroitement liés, mais dans ce cas, s'organisent selon deux principes opposés :

- d'une part, les massifs carcinomateux et sarcomateux semblent se développer de concert, s'articulant parfois de façon intime, mais conservant toujours leur individualité propre.

C'est à ces deux types de néoplasmes que FRUHLING donne le qualificatif de Tumeur double didermique.

- d'autre part, les constituants carcinomateux et sarcomateux se mêlent de façon très complexe et surtout se continuent par transition insensible de l'un à l'autre, comme ils le font dans les tumeurs mixtes salivaires. D'ailleurs, FRUHLING réserve le terme d'épithéliosarcome vrai ou de tumeur mixte maligne à ce genre de cancer.

Ainsi classés et étiquetés, non sans difficultés, les sarcomes de l'oesophage se répartissent dans les proportions suivantes en ces divers types histologiques :

- Fibrosarcomes	59	soit	33,4 %
- Léiomyosarcomes	34	"	I9,2 %
- Rhabdomyosarcomes	I2	"	6,8 %
- "Neurosarcome"	1	"	0,56%
- Lymphosarcome	8	"	4,5 %
- Réticulosarcome	5	"	2,8 %
- Endothéliosarcome	3	"	I,7 %
- Sarcome squelettogène	2	"	I,I3%
- Mélanosarcome	25	"	I4,1 %
- Carcinosarcome	28	"	I5,8 %

Nous avons dès l'abord de cette étude posé comme principe de base, la primauté de la tumeur oesophagienne.

Certes, il peut paraître surprenant de découvrir une tumeur mélanique primitive de l'oesophage ou une tumeur à tissus conjonctifs multiples combinés et en plus encore un complexe carcinosarcomateux.

Il nous faut maintenant tenter d'expliquer ces lo-

calisations ou cette morphologie insolites et aborder les problèmes d'histogénèse et de pathogénie, qu'elles posent.

B) - Les problèmes d'histogénèse et de pathogénie :

Les discussions ne s'élèvent qu'à propos de trois types de tumeurs malignes sarcomateuses de l'oesophage : les mélanosarcomes, les sarcomes squelettogènes et enfin les carcinosarcomes.

De toutes façons trois grandes classes de théories ont été avancées pour en expliquer la localisation et la génèse = les unes invoquent la notion de métastase; les secondes, celle de dysembryoplasie; les dernières, celle de la métaplasie.

1/ - Théorie de la métastase

a) - C'est à cette idée de métastase que le clinicien et le pathologiste se rangeront, tout d'abord, à la découverte d'un mélanosarcome de l'oesophage. Seule une étude clinique et nécropsique minutieuse autorisera à l'abandonner.

L'identification récente par BULLOCK d'un mélanosarcome oesophagien primitif n'est pas isolée et WALSH pour la vésicule biliaire, ROJAS pour l'ovaire, FOURNIE pour les voies aéro-digestives supérieures ont contribué à la connaissance des mélanosarcomes viscéraux primitifs.

Ces observations concernent des territoires habituellement dépourvus de pigmentation.

De même, CID rapportait recemment deux cas de pigmentation mélanique de l'endocol-utérin.

Il semble donc qu'il n'y ait aucun argument valable pour réfuter l'existence de mélanosarcome primitif de l'oesophage.

b) - Le problème du sarcome squelettogène de l'oesophage peut se poser dans les mêmes termes.

En outre, il est permis dans une certaine mesure de tirer argument de données empruntées à la pathologie comparée. En effet, RIBELIN et BAILLEY ont découvert à l'autopsie de I63 chiens parasités par un Nématode du nom de Spirocerca Lupi, I6 Sarcomes Oesophagiens dont I0 étaient d'authentiques sarcomes squelettogènes (1).

c) - Sans le cas de carcinosarcome œsophagien il semble assez difficile de parler de métastase d'une tumeur viscérale identique passée inaperçue.

2/ - Théorie de la dysembryoplasie

Pareille opinion a été largement défendue au début de ce siècle, à l'époque où les idées de CONHEIM sur le rôle des inclusions embryonnaires dans la génèse des cancers étaient à l'honneur.

a) - Elle ne semble pas utile à la compréhension des localisations atypiques des mélanosarcomes, surtout si l'on admet la multiplicité des sources embryologiques du système mélanique. Dans l'hypothèse d'une unicité d'origine, les mélanosarcomes viscéraux primitifs s'expliquent parfaitement sans le secours de la théorie dysembryoplasique.

---

(1) - Cité par F. CABANNE
Arch. Anat. Path. I960 - Vol. 8 N° 2 - page A I35

b) - Appliquée aux sarcomes squelettogènes viscéraux, elle est également passable de critiques. L'ubiguité de ces tumeurs ne milite pas en faveur de cette théorie. Il resterait à expliquer pourquoi cette tumeur apparait dans une région où normalement il ne s'en forme jamais, même de façon temporaire chez l'embryon.

Enfin, il parait singulier que l'étude histologique ne découvre pas d'autres structures tissulaires ainsi qu'il est habituel, dans les tumeurs embryonnaires malignes des gonades, ou du médiastin.

c) - Envisagé en tant que cancer dysembryoplasique, le carcinosarcome se développerait à partir d'un germe totipatent, indifférencié inclus dans la paroi oesophagienne.

Il pourrait ainsi, à un moment donné acquérir des caractères cancéreux et donner naissance à des cellules filles mésenchymateuses ou épithéliales. Celles-ci proliférant à leur tour constitueront le double contingent habituel à ces tumeurs, et leur degré de différenciation, expliquera la présence de cellules à caractère embryonnaire ou adulte. - Restent à expliquer les formes de passage entre les cellules carcinomateuses adultes et les cellules sarcomateuses différenciées. Les tenants de la théorie dysembryoplasique font appel à la notion d'un reliquat du pouvoir embryonnaire de la cellule-mère. En d'autres termes, ils admettent qu'un tissu épithélial peut se transformer en tissu conjonctif. Mais cette transformation n'est-elle pas la base même de la définition de métaplasie ?

3/ - Théorie de la métaplasie

Depuis PICK, AZLLAIS et PEYRON, cette théorie a été défendue par P. MASSON, par FRUHLING, par F. CABANNE. Cette notion de métaplasie peut être appliquée à de nombreuses tumeurs

bénignes ou malignes, en dehors des Sarcomes de l'Oesophage.

a) - C'est un peu en marge de cette métaplasie, il faut bien le dire, que peut s'expliquer la genèse des mélano sarcomes viscéraux primitifs et ceux de l'oesophage en particulier.

En effet, en admettant l'hypothèse de P. MASSON, le système mélanique, en dehors de la rétine, est d'origine neuro-ectodermique. Sur cette base, l'étude histologique des neuronoevi bleus ou de neurofibromes pigmentés conduit à admettre la nature SCHWANNIENNE de certaines cellules mélanogènes.

Ces neuronoevus peuvent même d'après MASSON - qui cite COUPERUS - se comporter à la longue comme des tumeurs malignes dont les métastases ganglionnaires par exemple revêtent les aspects habituels aux mélanosarcomes.

Or, CID dans deux observations de mélanose cervico-utérine a pu étudier des faits d'histogénèse comparable avec transformation d'éléments Schwannien en mélanoblastes fusiformes et même épithéloïdes.

Pour aussi exceptionnelles que soient ces observations, elles permettent d'accréditer un mécanisme identique à la genèse des mélanosarcomes de l'oesophage, dont la rareté n'est pas moindre.

b) - Les modalités de la métaplasie ostéosarcomateuse sont plus faciles à admettre. C'est en terrain conjonctif qu'elles se manifestent, soit que les facteurs de cancérisation et de métaplasie agissent simultanément, soit que la métaplasie intervienne sur un sarcome fibroblastique.

c) - C'est à propos des carcinosarcomes que sont venues les discussions les plus nombreuses. En effet, la métamorphose de cellules épithéliales en cellules conjonctives se heurte à

la doctrine de la "spécificité des feuillets". Et cependant les arguments morphologiques sont convaincants. Au reste, comme le souligne FRUHLING il n'y a pas une contradiction formelle avec la doctrine, car le comportement de cellules tumorales n'est pas comparable à celui de tissus adultes normaux.

Cette hypothèse est loin de recevoir l'approbation générale; sans revenir sur les multiples dénominations proposées à la suite de HERXHEIMER et de R. MEYER, disons que les thèses des opposants se résument en deux groupes :

Dans le premier, les auteurs admettent la notion d'un cancer épithélial et conjonctif. Mais il s'agit :

- soit d'une tumeur de collision : carcinome et sarcome nés en des points différents finissent en se développant par se compénétrer,

- soit d'une tumeur de composition dans laquelle les contingents épithélial et conjonctif se cancérisent successivement : par exemple transformation sarcomateuse du stroma d'un carcinome, ou encore cancer d'un revêtement épithélial induit par un sarcome sous-jacent.

Dans le deuxième groupe, l'idée d'une tumeur à double contingent est niée : ces tumeurs sont de faux carcino-sarcomes, en réalité des carcinomes dont le stroma a subi d'importants remaniements.

Au terme de cette étude histologique, force nous est de reconnaitre l'intérêt relatif de telles discussions pathogéniques.

Si elles accréditent indiscutablement la notion de Sarcome de l'Oesophage, elles en soulignent la rareté, bien

établie par des statistiques concordantes :

L'Institut d'Anatomo-Pathologie de Bâle dénombrait entre I87I et I905 sur un total de I2.739 autopsies, I078 épithéliomas et I60 sarcomes; or, il y avait I0I carcinomes de l'oesophage et pas un seul sarcome primitif.

CHEVALIER-JACKSON en I925 relève 20 sarcomes sur 671 tumeurs malignes de l'oesophage (soit 5 %).

RESANO pour sa part mentionne que dans son service des maladies de l'oesophage un seul cas de sarcome fut observé pour 704 carcinomes diagnostiqués.

MAURO et DE ESCOBAR rencontrent un sarcome pour 97 tumeurs oesophagiennes malignes.

LORTAT - JACOB parle d'un pourcentage de 2 %; WILD et FRUHLING pensent qu'il n'y a pas plus d'un sarcome pour I00 cancers de l'oesophage.

Malgré les nombreuses études qui leur ont été consacrées, de nombreux problèmes sont incomplètement résolus, ou restés sans réponse.

L'étude clinique, endoscopique et radiologique donne-t-elle aux Sarcomes de l'Oesophage une physionomie particulière ?

C'est ce que nous allons étudier maintenant.

*
* *

E T I O L O G I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-

L'étude que nous avons entreprise ne nous a pas permis d'apporter un fait nouveau. Parmi toutes les observations quiil nous a été possible de recueillir, ou celles rapportées (DVORAK, THOREK et NEIMANN, MARTIN et GRISAMORE, BORRIE), l'étiologie est, la plupart du temps, restée obscure, les auteurs ne faisant que rarement état des antécédents du malade et de son milieu familial.

Cependant, deux notions nous paraissent devoir être mises en exergue concernant :

- le sexe
- l'âge

I°/ - Le sexe

Classiquement, le Sarcome Oesophagien était l'apanage de l'homme : les auteurs rapportant 9 cas chez celui-ci pour un cas chez la femme.

- En I931, DVORAK à l'occasion d'une observation personnelle publie une revue générale des cas cités par HACKER-LOTHEISSEN et note seulement 6 femmes pour 32 hommes. La proportion est donc plus grande, atteignant : I6 % de femmes

et 84 % d'hommes

- Ce sont des chiffres identiques que publient FRUHLING et WILD en I951 à propos d'une statistique très imposante sur les Tumeurs malignes de l'Oesophage.

- En I958, dans sa thèse Y. CROUE, note sur I40 cas :
72,5 % d'hommes
28,5 % de femmes

- Nous-mêmes, sur 205 sarcomes de l'Oesophage, obtenons la répartition suivante dans les I58 cas où le sexe est connu :

Femmes	52	33 %
Hommes	I06	67 %
Total...	I58	I00 %

Ainsi, nous constatons, sans pouvoir l'expliquer, une augmentation croissante du pourcentage de Sarcome Oesophagien diagnostiqué chez la femme.

2°/ - L'âge :

Il est une notion classique que le Sarcome primitif de l'Oesophage comme le Carcinome est exceptionnel avant 30 et même 40 ans.

Certes, STEPHAN en I890 cite le cas d'un petit garçon de 4 ans, JACKSON en I925, celui d'un enfant de 6 ans. Le malade de SCHWARTZ est un adolescent de I6 ans.

A l'autre pôle de la vie, les plus âgés ont respectivement 80 et 84 ans (Von NOTTHAFT).

Dans les I58 cas où ce renseignement nous était connu, nous avons groupé dans le tableau suivant la répartition des âges :

AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
De 0 à 20 ans	3	0	3
De 20 à 30 "	I	1	2
De 30 à 40 "	7	1	8
De 40 à 50 "	I6	6	22
De 50 à 60 "	31	11	42
De 60 à 70 "	35	23	58
De 70 à 80 "	I4	8	22
Au-delà de 80 ans	I	0	1
TOTAL	I08	50	I58

Ainsi, l'âge critique se situe entre 50 et 70 ans, puisque cette période réunit 63,3 % des cas. Cependant, pendant ces 20 années, la répartition chez l'homme est plus uniforme; chez la femme, il semble exister une flèche vers 60 ans.

Sur ce point, nos résultats sont en accord avec ceux de FRUHLING et WILD et en discordance avec lez travaux de CURTIS-SMITH et RUSK publiés en I923, pour qui, la moyenne d'âge est plus basse que la nôtre : 53 ans contre 65 ans.

Nous concluerons en insistant sur ces deux notions étiologiques basées sur l'étude statistique, et en fait seules valables.

3°/ - Il est classique d'envisager les multiples facteurs prédisposants aux Tumeurs malignes en général et au Sarcome Primitif de l'Oesophage en particulier :

- La race et l'hérédité. (BERARD et SARGNON citent I5 % de Tumeurs des voies digestives dans las antécédants héréditaires directs de ces malades.)

- La situation sociale. (misère physiologique, alimentation défectueuse.)

Des maladies telles que :

La tuberculose primitive et la syphilis (un cas d'antécédent syphilitique DWIGHT-CLARK). Leur localisation oesophagienne est très rare. La tuberculose secondaire, celle-ci est-elle dûe à la cachexie oesophagienne ou concomitante ?

Enfin d'autres causes telles que :

- Le tabagisme
- L'alcoolisme

(dont l'influence reconnue depuis longtemps parait indéniable.

- les traumatismes, les inflammations chroniques et les causes cicatricielles.

En somme, ce sont les facteurs d'irritation locale qui sont incriminés sous leurs incidences diverses. CHEVALIER-JACKSON explique la fréquence des Sarcomes de la partie inférieure de l'Oesophage thoracique du fait d'une oesophagite chronique développée par la stagnation alimentaire et le reflux du suc gastrique acide de l'estomac.

Si le Carcinome est plus fréquent au niveau des rétrécissements normaux par suite des phénomènes de stase, cette notion n'est pas évidente pour les sarcomes.

4°/ - Il nous paraît plus intéressant d'insister sur la préexistence ou non de lésions organiques ou tumorales de l'oesophage :

a) - Les spasmes chroniques fréquents chez les névropathes en dehors de toute inflammation.

- les spasmes symptomes de fissures, éraillures (YOUNG) d'ulcérations, de varices (LIEBAULT) avec oesophagite secondaire.

b) - Les dilatations oesophagiennes

La stase des aliments qui fermentent crée une oesophagite dans les méga-oesophages.

De même, les diverticules et nous avons noté dans la littérature 3 cas de sarcomas ayant pris naissance dans un diverticule (FRATTIN I903 cas N°30, JACKSON I9I5, cas N°56, HILLEMAND I953, N° I61).

c) - Les ulcus gastriques et duodénaux

- 2 cas relevés : celui de DVORAK I931, N° 88
- et celui de POMERANZ et GARLOCK I955, N° I81

d) - Les hernies diaphragmatiques

- cas de BORRIE en I951, cas N° - Intervention pour hernie, un an auparavant.

e) - Une lésion tumorale pré-existante :

Dégénérescence ou non d'une Tumeur bénigne, cette notion n'étant pas admise par beaucoup d'auteurs. Les observations en faisant part devront être critiquées avec beaucoup de soins, car la littérature permet de trouver qu'après une première biopsie l'examen évoque la bénignité, la malignité n'étant reconnue qu'à un examen ultérieur.

...

En conclusion :

Ainsi le nombre de Sarcomes de l'Oesophage diagnostiqués chez la femme devient plus important en même temps que le nombre total d'observations publiées augmente. Cette notion étiologique est générale pour toutes les Tumeurs malignes.

Le Sarcome Oesophagien est l'apanage de la soixantaine et ne paraît généralement pas en relation avec une lésion organique ou tumorale pré-existante.

*
* *

C L I N I Q U E

-:-:-:-:-:-:-:-

Le tableau clinique est celui d'un Cancer de l'Oesophage, si certains symptômes paraissent plus précoces que d'autres (tels sont les douleurs à prédominance rétro-sternale et les modifications de l'Etat Général avec cachexie précoce) c'est à un stade de Tumeur plus avancée que le malade vient consulter.

Une analyse soignée ne nous a pas permis de distinguer les symptômes rencontrés en fonction des formes anatomiques de la Tumeur.

Au contraire, les constatations radiologiques et endoscopiques individualisent nettement les Tumeurs à développement Intra-Oesophagien, les tumeurs à extension intra-murales et les tumeurs à développement extra-mural vers le médiasstin.

C'est pourquoi nous envisagerons dans un premier paragraphe la symptomatologie clinique d'ensemble et nous étudierons par la suite les caractéristiques radiologiques et endoscopiques propres à chacune des formes anatomiques.

I - LES SYMPTOMES CLINIQUES

Il est hélas impossible de distinguer dans le cortège symptomatique des Sarcomes de l'Oesophage, des signes objectifs de début ou de Tumeur évoluée.

Tous les troubles de la Série Oesophagienne seront retrouvés associés plus ou moins précocément à une atteinte profonde de l'Etat Général et à l'élément douloureux.

Comme tout premier signe nous décrirons la dysphagie et la douleur, puis les symptômes de moindre fréquence.

I°) - La dysphagie

D'apparition volontiers précoce, elle existe dans la majorité des cas dès le début de l'affection, d'abord discrète, s'accentuant au cours de l'évolution. Elle constitue un signe d'alarme pour le malade qui se décide à consulter. Nous l'avons retrouvé IOI fois sur II2 observations.

a/ - son installation : Est, le plus souvent progressive, évoluant vers l'aggravation pendant plusieurs mois; de nombreux auteurs font état d'une dysphagie dont les premiers symptômes datent de I et même 2 ans avant la première consultation.

Parfois intermittente, à caractère nettement tranché, évoquant le spasme surajouté. Il peut s'agir d'une dysphagie brusque, absolue, complète pendant quelques jours ou quelques heures cédant aussi inopinément qu'elle a débuté, soit spontanément, soit du fait d'une thérapeutique antispasmodique; ces rémissions rassurantes sont cause du retard de la première consultation ou de la poursuite d'examens complémentaires.

Bien des dysphagies néoplasiques trompent par leur allure capricieuse, et font poser le diagnostic de spasme.

Rarement l'installation est brutale, sans rémission, sans tendance régressive.

b/ - son intensité est variable

- soit gêne minime à la déglutition; celle-ci, ralentie donne une sensation d'arrêt momentané du bol alimentaire.

Cette gêne se manifeste plus volontiers lors de l'ingestion de grosses bouchées.

- elle peut être plus nette, incitant le malade à une restriction alimentaire.

- elle est rarement intense d'emblée, ce dernier trait caractérisant le stade terminal.

c/ - Son évolution

Est toujours progressive, la dysphagie d'alord limitée aux solides, puis aux pâteux, enfin aux liquides. Le malade sera amené peu à peu à sélectionner ses aliments et à les restreindre.

d/ - Elle est liée :

- en premier lieu aux spasmes, et est indépendante au début du volume de la tumeur.

- à la nature de la Tumeur : les formes infiltrantes seraient plus précocement dysphagiques que les formes polypeuses dont la gêne à la déglutition est longtemps minime. Les formes extra-oesophagiennes sont peu dysphagiques (PENNES).

- au cours de l'évolution, elle dépend du volume de la tumeur, celle-ci réalisant un obstacle de plus en plus important, mais nombre d'auteurs furent surpris de l'importance du développement tumoral par rapport à la discrétion des symptômes. (notre observation N° I).

- enfin, le siège joue un rôle certain, la dysphagie étant plus nette au voisinage des points fixes : anneau cricopharyngien, histus diaphragmatique (RESANO).

Les premiers symptômes dysphagiques de notre malade Mr B... remontaient à 2 ans, ce fut le seul trouble qui l'amena à consulter. Longtemps traité pour spasme, il fut admis à l'hôpital au cours d'une aggravation récente, les premières bouchées solides étaient seules "difficiles à passer", et nécessitaient

l'absorbtion de gorgées d'eau. L'état général était parfaitement conservé, le malade ne restreignant pas son alimentation.

Dans l'observation de Mme Q ... il est à remarquer que la dysphagie apparaît la Ière fois 8 ans avant la phase terminale, reste latente 6 ans, et évolue les deux dernières années d'une manière intermittente mais progressive.

2°) - La douleur :

Serait pour certains le signe majeur, précoce, et le plus pathognomonique du sarcome tandis qu'elle semble rare et tardive dans le carcinome. Elle amène parfois à elle seule le malade à consulter. Sept fois, elle fut le seul symptôme signalé dans l'observation.

Son siège est généralement :

- retro-sternal, mais il peut être :
- épigastrique (GREECH)
- thoracique avec irradiations inter-scapulaires et vers les omoplates (HOFFMANN).
- même lombaires (GUISEZ)

A type de brûlure, d'oppression, de névralgie, ou encore de courant électrique à la partie supérieure du cou. (RESANO).

Elle survient déclenchée par la déglutition (solides puis liquides) ou par la position couchée du malade, prenant alors un caractère nocturne avec crises violentes empêchant le sommeil.

STARCK insiste sur le caractère souvent spontané et paroxystique des douleurs en dehors de la déglutition, principalement la nuit.

- elles peuvent être très intenses, dominant alors le tableau clinique (ORTON), térébrantes (STARCK-SIMON), d'intensité telle qu'elles surviennent par "crises violentes comme dans les anévrysmes et certaines affections pleuro-pulmonaires" (HOFFMANN). L'élément douloureux serait ainsi pour certains à l'origine de la baisse rapide de l'état général et de la cachexie en l'absence de toute dysphagie importante.

- mais elle peut être sourde et discrète, passant au second plan, tel dans le cas de DVORAK où le malade ne se plaignit qu'à peine, celui de FRENCH-GARLAND, où la douleur se limite à une légère oppression; MICHAUD sur deux malades note une fois une simple cuisson retro sternale et RESANO une sensation de gêne retro-sternale. Bien souvent la douleur est absente. C'est pourquoi RESANO, LORTAT-JACOB, FRENCH-GARLAND, et MICHAUD considèrent que l'élément douloureux n'est pas plus fréquent ni plus intense que lors de beaucoup de cancers oesophagiens où elle serait notée dans I5 % des cas.

Notre malade, Mr B .... ne présenta de douleurs que dans la période terminale de généralisation. Y. CROUE, dans sa thèse ne signale aucun élément douloureux chez sa malade et, sur le nombre de cas cités, note une fréquence de 39 %.

Notre pourcentage est plus élevé malgré les 93 observations sans renseignement clinique.

Sur II8 observations, nous notons ce signe 51 fois. Une fois sur deux, la douleur se manifeste assez précocement (rappelons que sept fois elle fut le seul signe clinique).

3°) - Les modifications de l'état général

Il faut attribuer une place importante à :

...

a/ - L'amaigrissement :

Il serait souvent rencontré et peut être très marqué. C'est la disproportion entre une dysphagie peu intense, une image radiologique de sténose peu accentuée et un amaigrissement important qui selon VON HACKER et LOTHEISSEN devraient faire suspecter le sarcome. En fait, la cachexie rapide ne semble pas dûe à la nature sarcomateuse, mais VON EICKEN, LORTAT-JACOB, l'interprêtent comme conséquence de la douleur, celle-ci entraînant l'insomnie et l'anorexie. Toutefois le malade peut maigrir rapidement sans raison apparente, sans dysphagie; l'anorexie et le déclin de l'état général doivent faire suspecter une néoformation.

La perte de poids peut être considérable, allant jusqu'à 20 kgs (LYONS, GARLOCK), 22 kgs (BRUNETT) et même 35 kgs (MARTIN, GRISAMORE); le plus souvent elle est modérée avec une moyenne de 2 à 5 kgs (4 kgs chez le malade de MICHAUD).

Cet amaigrissement nous a paru plus rare qu'il n'est classique de le dire, puisque signalé dans 24 observations seulement.

Le manque de précisions cliniques des autres sur ce point ne nous permet pas de conclure.

Nos deux malades ne présentaient à l'arrivée aucune perte de poids et ce n'est que tardivement lors de la généralisation cancéreuse que la cachexie fut rapide.

b/ - L'anorexie - l'asthénie.

Accompagnent volontiers cette chute de poids, et vont de pair.

4°) - Les autres signes de la Série Oesophagienne

a/ - Les régurgitations, et "vomissements oesophagiens". Les régurgitations seraient moins fréquentes que dans les carcinomes.

- Elles sont spontanées : " le malade s'étrangle", et elles surviennent plus ou moins tardivement après les repas. Elles correspondent à un réflexe de défense pour évacuer le contenu qui gêne. Souvent, le malade les provoque lui-même pour se soulager et introduit un doigt dans la bouche.

Ces régurgitations sont peu abondantes, sauf lorsque la dilatation sus-tumorale est très importante. SMITH et RUSK décrivent un cas où le malade avait, à plusieurs reprises, vomi des fragments de tumeur qui permirent le diagnostic, parallèlement la dysphagie disparaissait ou s'atténuait pour un temps.

Un cas similaire est rapporté par TIMBAL.

Nous n'avons relevé que huit fois la présence de régurgitations ou de vomissements.

b/ - La sialorrhée

Elle fait partie du tableau clinique de Tumeur Oesophagienne. Nous la trouvons citée six fois.

De même :

c/ - La fétidité de l'haleine

signe une tumeur sphacelée et infectée (une ou deux fois citée).

d/ - Des éructations douloureuses

peuvent être ressenties par le malade.

5°) - Les hémorragies

Elles peuvent accompagner les "vomissements oesophagiens" et être représentées par de simples stries de sang ou prendre le caractère de véritables hématémèses.

Elles sont rares, BELL cite le cas exceptionnel d'un melena dans une lésion du tiers moyen de l'oesophage.

Ces hémorragies pourront être spontanées ou provoquées par un examen intempestif.

Nous les trouvons signalées à quatre reprises par STARCK, CHIBA, TIMBAL et BELL.

6°) - D'autres signes sont encore à noter faisant partie de l'état évolutif, tels :

- le hoquet
- la toux sèche et quinteuse
- la dyspnée
- les oedèmes
- un enrouement persistant, avec au maximum une paralysie récurentielle par compression.

C'est plus volontiers dans les formes à développement extra-oesophagien que ces signes de compression médiastinale sont retrouvés.

Tous ces symptômes n'apparaissent que progressivement au cours de l'évolution et signent une Tumeur évoluée. La discrétion des troubles d'une tumeur peu évoluée n'amène pas le malade à consulter et ce n'est qu'à la phase d'état que le diagnostic est fait.

L'examen clinique complètera un interrogatoire permettant de retrouver les signes précédemment cités.

a) - L'inspection permettra un rapide bilan de l'état général; la coloration des téguments donnera une notion approximative de l'anémie, la sécheresse de la peau: la déshydratation, les oedèmes de carence.

b) - La palpation recherchera des métastases, en particulier des adénopathies sus-claviculaires, jugulaires dans les sarcomes sus-aortiques, des métastases hépatiques qui pourront être pressenties par la présence d'un gros foie.

BILAN GENERAL :

Un bilan clinique et biologique sera entrepris, visant à rééquilibrer un malade affaibli, déshydraté, infecté, dénutri: conséquence d'une dysphagie allant de la simple sensation d'arrêt du bol alimentaire à l'impossibilité d'ingérer une gorgée d'eau.

La perte de poids est notée au départ puis le malade est pesé chaque semaine.

Au laboratoire il sera demandé :

- une numération globulaire avec formule leucocytaire révélant une anémie, une altération variable des globules rouges, une leucocytose dûe à l'infection.

- une étude de la crase sanguine

- une glycémie

- une urée sanguine

- un examen des urines

- un bilan hépatique (clavier, électrophorèse).

La rééquilibration ionique nécessitera l'hématocrite, la protéinémie avec ionogramme complet.

Un bilan cardiaque est effectué avec examen électrocardiographique.

Ces examens seront répétés si nécessaire tout au long de l'évolution et surtout en cas d'intervention.

Ainsi, la dysphagie semble bien être le signe essentiel, elle a été très précoce pour nos deux malades, et peut être isolée sans autre signe du cortège clinique décrit.

Elle est fréquemment associée à la douleur (50% des cas), la présence concomittante de ces deux signes se rencontre plus volontiers dans les sarcomes que dans les carcinomes.

L'élément douloureux présente un caractère plus intense avec insomnie puis cachexie, même en l'absence de dysphagie. Ces deux éléments, douleur et cachexie ont été pour certains auteurs les symptômes évocateurs de sarcome oesophagien.

Enfin, tous ces signes cliniques peuvent faire défaut ou apparaître très tardivement. Quelques diagnostics de sarcomes oesophagiens n'ont été fait qu'à l'autopsie.

*
* *

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Des radiographies pulmonaires et osseuses viendront compléter l'examen clinique.

De nombreux signes objectifs accessoires ont été décrits et pratiqués avant la radiographie. Ils sont sans intérêt à l'heure actuelle; citons pour mémoire les signes de percussion du manubrium par PELETTI, les signes d'auscultation de HAMBURGER et le "bruit résiduel" signalé par HANDT en I889.

Seuls ont de valeur :

- l'examen radiologique avec transit oesophagien.
- l'oesophagoscopie, permettant la biopsie.

*
* *

I - EXAMEN RADIOLOGIQUE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Il comporte :

- I°) - La radioscopie pulmonaire; celle-ci est toujours pratiquée avant oesophagoscopie afin d'éviter un accident.

- 2°) - Le transit oesophagien. Au cours de l'examen radioscopique avec repas baryté, le radiologue prend les radiographies en série, sous diverses incidences, en position debout en oblique postérieur gauche, en oblique postérieur droit, de face, en décubitus dorsal.

L'examen radiologique oriente vers le diagnostic de tumeur, mais les images visibles ne sont pas pathognomoniques du sarcome oesophagien.

Suivant la forme et le type de la tumeur, ces images sont variables - dans les formes extra-oesophagiennes, elles rappellent les tumeurs du médiastin postérieur,-dans les formes endo-oesophagiennes elles ressemblent à celles des tumeurs bénignes.

1 - Formes polypeuses à développement intra-oesopagien

Les caractères radiologiques sont ceux d'une tumeur bénigne, et principalement des fibromyomes les plus fréquents.

Pendant le transit, on note un arrêt net de la baryte qui dessine bientôt :

- soit : une image lacunaire de face "avec des bords oesophagiens nets", (décrits par FRENCH et GARLAND), la limite interne est irrégulière, en festons.

- soit : une image "en coquetier renversé" par imprégnation d'un mince défilé dont un côté nettement dessiné répond au bord oesophagien, l'autre bord semble contourner une masse arrondie, irrégulière, finement dentelée tandis que le pôle supérieur de la tumeur présente une forme d'encoche à concavité inférieure. Suivant l'importance de la masse intra-oesophagienne, l'oesophage est plus ou moins dilaté dans la région tumorale et sus-tumorale.

Un aspect marécageux de la région suspecte peut être constaté.

Citons le signe de CALVET (arrêt de la bouillie au niveau des sinus piriformes) qui traduit une paralysie du nerf glosso-pharyngien.

Nous verrons dans le chapitre diagnostic différentiel ce qu'il faut éliminer en présence de telles images.

2 - Dans les formes infiltrantes :

L'image est celle bien connue d'un épithélioma. On note donc : un arrêt de la baryte avec rétrécissement, une opacité mal limitée, irrégulière, un défilé oesophagien étroit et tortueux. Il n'y a pas à proprement parler de différence radiologique entre les sarcomes et les autres tumeurs malignes oesophagiennes, si ce n'est que les lésions ont une étendue plus grande. De toutes façons, cette forme par son image radiologique marque le caractère malin, les examens complémentaires s'imposent, au spécialiste il sera demandé une oesophagoscopie avec biopsie, ou tout au moins si l'on craint une complication fréquente dans ces formes infiltrantes, il sera pratiqué l'as-

piration ou un Papanicolaou.

3 - Les formes à développement extra-oesophagien

Revêtent l'aspect radiologique d'une tumeur du médiastin postérieur à contours nets et homogènes, se détachant sur le champ pulmonaire, refoulant, comprimant l'oesophage, se traduisant pendant le passage de la baryte par une image lacunaire; la conservation des plis muqueux et l'intégrité du canal peut parfois être trompeur.

Le radiologue s'efforcera de prendre l'oesophage sous de nombreuses incidences, et mettra en évidence une tumeur solidaire de la paroi oesophagienne.

Des tomographies transversales peuvent venir compléter ces examens dans les cas difficiles (Thèse de Y. CROUE). L'endoscopie sera par contre de peu d'utilité.

Il sera souvent difficile d'éliminer les autres tumeurs du médiastin postérieur (kystes dermoïdes, anévrysmes de l'aorte, cancers broncho-pulmonaires, adénopathies trachéo-bronchiques, lympho-sarcomes ganglionnaires, localisation médiastinale d'une maladie de Hodgkin.) On se souviendra que " tout processus s'accompagnant d'une encoche par compression extrinsèque de cet organe avec ou sans ombre de voisinage doit faire penser à la possibilité d'un sarcome oesophagien" (J.H. RESANO).

*
* *

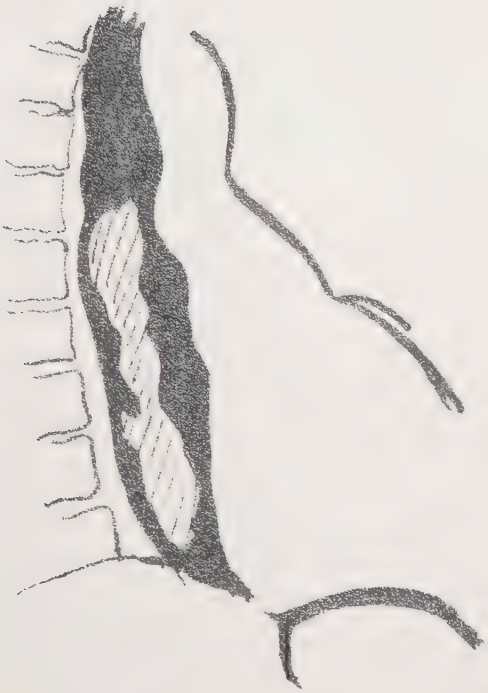

IMAGE RADIOLOGIQUE : lacune de face avec des bords oesophagiens nets . Peut être donné pour un sarcome intra-oesophagien, une tumeur bénigne, un cardiospasme avec air dégluti.

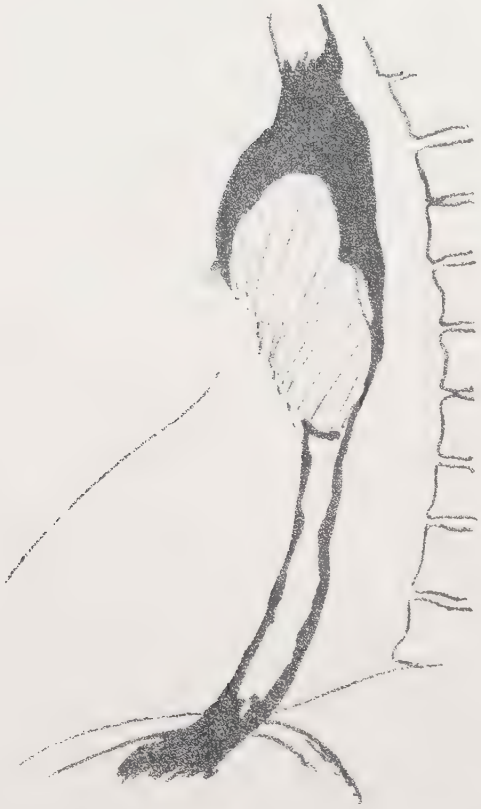

Image classique de tumeur bénigne de l'oesophage qui pourrait être aussi celle d'un sarcome intra-oesophagien.

L'encoche classique de compression extrinsèque de l'oesophage qui peut être produite par une tumeur du médiastin postérieur ou un sarcome à développement extra-oesophagien .

II - E N D O S C O P I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Les seuls sarcomes de l'oesophage diagnostiqués avant intervention ou pendant la vie, l'ont été par biopsie oesophagienne en cours d'endoscopie.

Von HACKER, en 1903, reconnut un sarcome en biopsant un ulcère fortement hémorragique. De même, LERICHE, dans un sarcome du cardia, et DVORAK qui reconnut un sarcome à cellules fusiformes et cellules géantes.

L'oesophagoscopie nécessitera :

a) Les précautions d'usage : en particulier radioscopie thoracique, réaction sérologique surtout si la tumeur est à développement extra-oesophagien,

b) - la préparation du malade.

c) - la précision du siège approximatif de la tumeur fixé par la Radiographie : nous insisterons sur la difficulté de localiser exactement la hauteur de la Tumeur au cours de l'endoscopie, celle-ci se déplaçant facilement sur le muscle tant que l'envahissement n'atteint que la muqueuse.

Les images obtenues sont variables.

A/ - Dans les formes polypoïdes à développement intra-oesophagien

L'examen endoscopique montre l'existence d'une tumeur de volume variable, arrêtant le tube endoscopique à son pôle supérieur si elle est importante; l'aspect est celui d'une

tumeur polylobée, à surface le plus souvent irrégulière; obstruant plus ou moins la lumière, de couleur rouge sombre, elle présente des ulcérations avec sphacèle, celui-ci étant presque constant. Suivant l'importance de la tumeur, il sera parfois possible de voir qu'elle est libre dans le conduit oesophagien, rattachée seulement à la paroi par un pédicule mince plus ou moins long.

Fait important, la muqueuse alentour est d'apparence saine, souple, elle permettra, dans nombre de cas, au tube oesopagoscopique de franchir la tumeur.

Cet examen à lui seul ne permet pas d'imposer le diagnostic de tumeur maligne, il tend au contraire à confirmer la bénignité de l'affection.

C'est ainsi que RESANO relate les erreurs de diagnostic faites par ORTON, les trois oesophagoscopies successives certifièrent que le malade était porteur d'un carcinone, la biopsie révéla la nature sarcomateuse du prélèvement. KILLIAN pensa à un abcès de l'oesophage au cours d'un de ses examens. Le mélanosarcome d'HOFFMAN fut confondu avec un corps étranger méconnu, d'aspect et de la dimension d'une noix; les tentatives d'extraction déchirèrent la tumeur et la paroi oesophagienne, avec médiastinite secondaire. Von EICKEN voyant une lésion recouverte d'une membrane blanchâtre nécrotique saignant au contact pensa à une pseudo-membrane diphtérique et fit administrer du sérum sans résultat.

B/ - Dans les formes infiltrantes :

L'oesophagoscopie peut permettre de voir une muqueuse ulcérée ou indurée; mais elle peut être moins évocatrice, la muqueuse respectée paraît saine; et seul un refoulement de

la paroi, ou un aplatissement du conduit oesophagien est observé, et le tube franchit difficilement le passage; ces signes feront évoquer souvent le diagnostic de tumeur extrinsèque.

On s'efforcera de faire saillir la masse à l'intérieur de l'oesophage, par pression douce-sus-jacente avec le tube. Si cette manoeuvre est facile, il s'agit certainement d'une tumeur pariétale, et on sera autorisé à faire une biopsie profonde sous-muqueuse (s'il n'y a pas d'anévrysme). Si cette masse reste pariétale, il est malaisé de dire si la compression est dûe à un cancer pariétal ou à une tumeur extrinsèque; cependant, il s'agit là d'une conclusion capitale pour le chirurgien. Il faut chercher à l'aide du tube à déplacer latéralement l'oesophage et voir si la tumeur suit ou se décolle de la paroi; si elle suit, il s'agit très probablement d'un épithéliona pariétal. Un résultat incertain commande une nouvelle oesophagoscopie huit jours plus tard, après traitement antispasmodique et anti-inflammatoire.

C/ - Dans les formes à développement extra-oesophagien :

Les résultats de l'oesophagoscopie seront décevants, montrant : une muqueuse normale, une paroi refoulée avec sténose dûe à la compression extrinsèque, et tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il s'agit d'une tumeur extra-muqueuse.

L'oesophagoscope passe facilement. On mesurera encore avec plus de précision que dans les formes précédentes la distance de la sténose oesophagienne à l'arcade dentaire, celle-ci variant entre 25 et 32 cm.

L'endoscopie sera renouvelée.

- Au cours d'un traitement radiothérapique contrôlant la rétrocession de la tumeur.

- En période post-opératoire.

A la recherche d'une récidive ou vérifiant l'intégrité de l'oesophage, un examen baryté de contrôle sera associé.

L'Endoscopie peut être dans certains cas pratiquée par voie rétrograde.

En fait, son intérêt sera de permettre l'examen indispensable qu'est la Biopsie.

*
* *

III - B I O P S I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Celle-ci sera pratiquée avec toutes les précautions d'usage; plusieurs points suspects seront prélevés avec prise suffisante de tissus, le sphacèle superficiel étant coutumier.

1 - Dans les formes polypoïdes;

Elle est relativement facile et permettra souvent le diagnostic pré-opératoire (MICHAUD - LORTAT - JACOB).

2 - Dans les formes infiltrantes diffuses:

La biopsie devra être profonde, sous-muqueuse, de grande dimension. Difficille à pratiquer, elle serait plus souvent négative, de plus, les dangers de perforation la rende délicate et dangereuse.

3 - Dans les formes à développement extra-oesophagien:

La biopsie n'apportera ici aucun élément intéressant. -Citons le cas décrit par RUSK et CURTIS, où l'examen anatomo-pathologique put être fait grâce au rejet de fragments de tumeur sphacélée. Le diagnostic fut posé dans d'autre cas semblables mais toutefois très rares.

Une biopsie négative ne doit pas faire éliminer la possibilité d'un sarcome, l'examen sera répété si nécessaire à plusieurs reprises, l'acte opératoire dépendant du résultat.

*
* *

D I A G N O S T I C

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

I-DIAGNOSTIC POSITIF :

Le diagnostic positif de Sarcome de l'Oesophage repose en fait sur l'examen anatomo-pathologique, c'est lui seul qui permettra d'affirmer la malignité de la tumeur et sa nature sarcomateuse.

- Cependant il peut être annoncé par la clinique :

- Le Syndrôme oesophagien avec dysphagie constante accompagnée ou précédée de douleurs : rétro-sternales plus ou moins vives, favorisées par le décubitus, tenaces et fréquemment accompagnées d'insomnies, de perte de poids rapide, avec fléchissement de l'état général.

- Il sera suspecté : par la Radiologie et par l'Endoscopie :

- avec le classique "coquetier renversé" ou l'image du corps intra-oesophagien rappelant comme le note RESANO l'image d'un calcul cholédocien.

- soit : image de tumeur extrinsèque compressive.
- soit : infiltration diffuse du conduit oesophagien.

Tumeur rare, il est vrai, le Sarcome de l'Oesophage pourra poser un certain nombre de diagnostics différentiels, d'autant que pour des raisons anatomiques dont nous nous sommes expliquées, la biopsie n'affirme pas toujours la véritable nature.

Cette discussion n'est pas seulement académique, elle entraîne parfois à des conclusions chirurgicales non négligeables,

-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Nombre d'affections seront éliminées par la Clinique, d'autres nécessiteront une discussion après examens radiologique et endoscopique.

A / - Par la Clinique :

a) - L'anamnèse:

- sera recherchée par un interrogatoire minutieux: c'est ainsi que seront connus :

I°) - les lésions traumatiques pouvant être :

- Des éraillures provoquées par un corps étranger
- La présence d'un corps étranger pouvant être ancien, méconnu, décelable par la radioscopie et l'oesophagoscopie (rappelons pourtant le cas du sarcome d'Hoffmann qui fut confondu avec un corps étranger).
- les sténoses cicatricielles.

2°) - les lésions inflammatoires aiguës et chroniques :

- dûes à des absorptions accidentelles ou volontaires de caustiques.
- Les oesophagites aigües :
  - de la fièvre typhoïde
  - de la diphtérie (cas de VON HACKEN qui devant l'enduit sphacélique constaté pensa à une fausse membrane diphtérique).
  - de l'oedème angio-neurotique
  - de l'urticaire
  - de la maladie sérique
  - de l'Herpès oesophagien
- L'agranulocytose et les maladies parasitaires, telles l'actinomycose, le muguet sporotrichosique.

- Les sténoses congénitales ne se manifestent qu'exceptionnellement tardivement, SENGER et GUISEZ en ont observé.

Par contre, chez le jeune le diagnostic entre sténose et sarcome sera plus difficile dans la forme sténosante.

On recherchera dans les antécédants une dysphagie plus ou moins génante, datant de l'enfance; les examens radioscopiques et oesophagoscopiques permettront le diagnostic.

3°)- Les symptômes Extra-Oesophagiens

Constatés évoqueront :

1°/ - La tuberculose oesophagienne : exceptionnelle chez un tuberculeux avéré à expectoration bacillifère, ou par ouverture d'un ganglion tuberculeux dans l'oesophage.

Ulcérée, ou hypertrophique et sténosante ou granulique, la biopsie après l'oesophagoscopie confirmera le diagnostic.

2°/ - La syphilis de l'Oesophage :

Au stade secondaire concomitante des accidents cutané-muqueux, plus volontiers tertiaire dans les syphilis sévères. Les lésions rencontrées peuvent être une gomme sous-muqueuse grisâtre, une ulcération à l'emporte-pièce, une sténose cicatricielle de couleur blanchâtre aboutissant des deux formes précédentes. Les manifestations révélatrices en sont : la dysphagie volontiers accentuée par des spasmes et la douleur.

Ces affections sont très rares, les examens complémentaires permettront de les éliminer.

3°/ - Citons encore les abcès et phlegmons de l'oesophage. Atteinte aigüe et infectieuse qu'un examen général mettra en évidence. En fait, le problème se posera après le transit qui révèle soit une image tumorale intra-oesophagienne, soit une compression.

B / - Par la radiologie et l'endoscopie seront éliminés rapidement :

a) - Avec une Tumeur Intra-Oesophagienne :

I°/ - Les varices oesophagiennes, et leur aspect de "bois vermoulu" en cas de doute demandera la vérification endoscopique.

2°/ - Les angiomes pouvant entrer dans le cadre d'une angiomatose hémorragique familiale.

3°/ - Les fausses images radiologiques que peuvent donner :

- l'air dégluti
- le mélange opaque hétérogène avec aspect très capricieux induisant en erreur.

mais dans ces deux cas, les ombres sont fugaces et variables.

4°/ - Le Méga-oesophage. Les atonies et paralysies oesopagiennes

En plus de l'image d'une dilatation du conduit oesophagien fréquente dans les carcomes polypeux, le méga-oesophage peut donner des images lacunaires de face par rétention de liquides ou d'aliments dans la zone inférieure, donnant des images relativement persistantes mais qui disparaissent après lavage ou aspiration du contenu.

5°/ - Mais surtout l'Ulcère peptique de l'oesophage et l'Ulcère de décubitus.

ne seront évoqués que dans les formes infiltrantes et ulcérées. Si les symptômes en particulier dysphagie et douleurs sont très voisins, le Transit révèlera la niche confirmée par l'endoscopie.

La lésion entourée d'une zone hyperhémiée se présente comme une perte de substance propre avec tardivement un bord déchiqueté à fond saignant parfois cicatriciel.

...

Mais surtout :

6°/ - Les Tumeurs bénignes :

La difficulté du diagnostic différentiel entre tumeur bénigne et sarcome intra-oesophagien fait comprendre la fréquence des erreurs de diagnostic.

La symptomatologie est assez fruste, l'Etat général est bon (mais un sarcome peut rester longtemps latent).

L'image radiologique est souvent identique : certains auteurs ont insisté sur le contour plus régulier de la tumeur bénigne contrastant avec le liseré muqueux irrégulier, flou, jamais total de la tumeur maligne.

Mais certains sarcomes polypeux ont radiologiquement une surface parfaitement lisse.

Des signes de malignité pourront encore être évoqués devant une augmentation du calibre oesophagien, un aspect marécageux assez évocateur, enfin une perte de la souplesse de la muqueuse oesophagienne.

Malgré tout, l'image laissera dans le doute.

A l'endoscopie, la tumeur bénigne se présente souvent sous l'aspect d'une tumeur pédiculée, à contours plus nets, l'ulcération et le sphacèle seraient pour certains en faveur de la malignité. Mais certains pensent à la transformation sarcomateuse de tumeurs bénignes.

La biopsie permet seule de faire alors le diagnostic différentiel; il peut s'agir de kystes, d'hémangione, d'adénome, de lipome mais surtout de myomes (léiomyome, rhabdomyome, fibromyome), de polypes et de papillomes.

Une biopsie faite en plusieurs points peut malgré toutes les précautions prises donner des résultats identiques, et

ne pas éviter l'erreur de diagnostic; nombre de Sarcomes furent ainsi méconnus.

7°/ - Le Carcinome de l'Oesophage

La symptomatologie en est riche, identique à celle du Sarcome, leur évolution est la même. Pourtant, pour nombre d'auteurs déjà cités, le carcinome serait moins dysphagique; la douleur plus rare, plus tardive; l'évolution est plus rapide.

Le diagnostic de Sarcome peut être évoqué également, devant une dysphagie minime ou inexistante contrastant avec une atteinte de l'état général très marquée et un amaigrissement important avec insomnie, anorexie.

Ces signes, quand ils existent seraient évocateurs du sarcome mais ne peuvent éliminer un carcinome.

Radiologiquement, la Tumeur est moins volumineuse, on note une rigidité segmentaire de la paroi, l'endoscopie notera également cette infiltration de la paroi, une tumeur friable, saignante, dont la biopsie fera le diagnostic.

B / - Aspect sténosant :

On discutera :

- Une sténose cicatricielle

La recherche des antécédents sera indispensable, car l'accident souvent oublié du malade.

- Les spasmes

Il faut noter les erreurs fréquentes, et se méfier de ce diagnostic facilement porté.

- Un carcinome à forme infiltrante et sténosante

Le diagnostic sera très difficile car la biopsie est dangereuse. L'évolution en cas de sarcome serait plus rapide.

C / - Aspect d'une Tumeur extra-oesophagienne

Seront discutées les Tumeurs du médiastin postérieur: Il faudra que les rapports radiologiques de l'ombre tumorale dépendent de l'oesophage.

La radiographie standard, les tomographies, le transit oesophagien et si nécessaire, l'oesophagoscopie et la bronchoscopie, seront demandés permettant d'éliminer :

I°) - Les tumeurs d'origine nerveuse :

- neurinomes encapsulés - donnant une ombre arrondie et nette, refoule l'oesophage sans le déformer, avec symptomatologie respiratoire.

- neurinomes diffus.

2°) - Les Tumeurs d'origine sympathique
en particulier ;

- Ganglioneuromes de l'adulte (Tumeur rare) présente des calcifications.

A la rigueur et très rarement :

3°) - Un Dysembryome thoracique sera évoqué s'il s'agit d'un sujet très jeune.

4°) - Les tumeurs malignes du médiastin
soit localisation médiastinale de la maladie de Hodgkin.

Parfois isolées, uniques, ces localisations seront diagnostiquées par les examens complémentaires, l'évolution.

soit : - Les cancers broncho-pulmonaires
- Les adénopathies trachéo-bronchiques
- Les anévrysmes de l'aorte, l'examen sérologique permettra à lui seul d'éliminer le diagnostic.

Ces tumeurs malignes donneront volontiers une symptomatologie plus riche avec signes de compression médiastinale, la radiologie permettra de voir une Tumeur importante, irrégulière, envahissante, comprimant l'oesophage, le refoulant, mais indépendante de lui.

L'endoscopie ne permettra souvent aucune conclusion.

5°) - Enfin, devant la certitude d'un sarcome , il faudra éliminer un sarcome secondaire de l'oesophage, métastase d'une tumeur primitive passée inaperçue.

Mais le diagnostic différentiel ne sera fait le plus souvent qu'à l'examen de la pièce ou en cours d'intervention devant une infiltration minime de la paroi oesophagienne, ou des adénopathies de voisinage; la tumeur étant considérée jusqu'alors comme bénigne.

*
* *

EVOLUTION - COMPLICATIONS

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Classiquement, l'EVOLUTION du Sarcome oesophagien est très rapide, la tumeur étant d'une extrême malignité. La durée totale est variable, même en l'absence de tout traitement.

Les premiers symptômes évocateurs sont parfois retrouvés plusieurs années avant le diagnostic. C'est ainsi que le malade de MALLORY et TRACY aurait présenté de la dysphagie depuis IO ans, MENNE et BIRGE dans leur observation de léiomyosarcome font remonter les premiers signes 6 ans auparavant. STOUT, JOHNSTON et DVORAK à 2 ans.

- Nos deux malades présentèrent une évolution longue; la première gêne à la déglutition survint chez Mme Q... 6 ans et chez Mr B.... 2 ans avant leur admission.

.C'est dire qu'il est des formes à évolution prolongée, lente, la symptomatologie en est généralement fruste, l'évolution est insidieuse, le malade ne venant consulter que lors de l'apparition de nouveaux signes : douleurs, vomissements, et surtout baisse rapide de l'Etat Général, ou dysphagie brutale.

.La majorité des cas présente au contraire une évolution beaucoup plus rapide; les premiers signes étant apparus moins d'un an avant la première consultation; plus souvent 2, 3 mois ou même 2 semaines avant le diagnostic (LIPSCHULTZ), 5 semaines (DE MUTH, HARRINGTON).

.En moyenne les malades se plaignent depuis 3 à 6 mois. Nombre de sujets présentent des lésions déjà très avancées avec généralisation, et ne laissent que peu d'espoirs à la thérapeutique.

- Sans traitement, l'évolution totale peut être très courte, allant de 4 semaines pour le malade de LIPSCHULTZ qui mourut I3 jours après le diagnostic, tandis que le malade de HARRINGTON n'eut que 6 semaines d'évolution; elle peut être comme nous l'avons vu très longue, allant jusqu'à 8 et même I0 ans.

La moyenne de l'évolution est de 6 à I5 mois.

- Avec traitement, l'évolution est plus longue, les récidives survenant plus ou moins tardivement dans l'année même.

Pourtant le malade de JOHNSTON se portait bien 7 ans après l'intervention, BORRIE dernièrement cite le cas de son malade : depuis 6 ans il ne présente aucun trouble, JOHNSTON revit également 4 ans après le cas qu'il publia.

Cette évolution reste à l'heure actuelle encore inexorable, à part quelques survies qui donnent espoir pour l'avenir; le plus souvent la mort survient progressivement par :

- cachexie, aboutissement de l'évolution, entrainée par l'amaigrissement, la dénutrition. Cette cachexie serait précoce et d'aggravation rapide pour plusieurs auteurs, signant le processus sarcomateux de la tuneur, En fait, elle semble terminale, et nous ne l'avons retrouvée que dans peu de cas malgré une évolution déjà avancée.

- l'évolution est souvent semée d'accidents qui hâtent la fin du malade.

Ces COMPLICATIONS sont nombreuses, de différents ordres ;

I - Les complications mécaniques :

L'oblitération temporaire par arrêt d'un corps étranger dégluti (débris de viande, petits os, noyaux) n'est pas rare, elle détermine une dysphagie intense parfois absolue, et si

le corps étranger ne s'élimine pas par vomissements ou chute dans le conduit oesophagien, il faut enlever par oesophagoscopie.

II - Les complications infectieuses :

- Elles ne présentent plus actuellement la fréquence et la gravité d'il y a quelques années.

- Les antibiotiques donnent aux cliniciens une arme puissante.

- Surtout vues en période post-opératoire, leur crainte commandera l'antibiothérapie systématique.

1) - Ce sont avant tout des complications broncho-pulmonaires :

- des suppurations pleuro-pulmonaires
- des pneumonies
- des broncho-pneumonies
- des pleurésies

2) - Mais l'on peut voir des infections médiastinales

a/ - Médiastinite aigüe :

Assez fréquente, se compliquant d'abcès phlegmoneux ou putrides, cette médiastinite peut être dûe à des manoeuvres oesophagiennes imprudentes ou maladroites.

b/ - Péricardite :

Provoquant une aggravation subite de l'état du malade et ne sera souvent qu'une découverte d'autopsie.

3) - La Péritonite

Par perforation au niveau du diaphragme ou dans la portion abdominale.

Elle peut se compliquer :

- d'abcès sous-phrénique à symptômes frustes
- ou d'une infection généralisée de la séreuse (BERARD, SARGNON, ZIEGLER).

4) - L'oesophagite :

Est une complication fréquente et conséquente de la stase alimentaire, les symptômes en sont la température, l'accentuation de la dysphagie et des douleurs plus ou moins vives. Cette oesophagite peut dépasser les parois de l'oesophage, se compliquer de médiastinite et d'une péritonite.

5) - Comme dans toute néo-formation : une phlegmatie Alba Dolens avec risque d'embolie.

III- L'extension néoplasique associée ou non à l'infection locale est responsable de complications telles :

1) - Les Adénopathies :

Inflammatoires, cancéreuses ou mixtes, elles viennent comprimer l'oesophage, les organes voisins, surtout les nerfs récurrents, le pneumogastrique, le phrénique; reconnaissables à la radioscopie ces adénopathies provoqueront alors la toux " "spasmodique de Bariéty" par compression de la trachée, la "toux aboyante de GAREL", par compression des nerfs phréniques le hoquet.

2) - Les fistules :

Elles peuvent être: trachéo-oesophagiennes
: oesophago-bronchiques.

a/ - soit latentes : seront des découvertes d'autopsie ne donnant auparavant aucun signe clinique, soit que la fistule ait été bouchée par un bourgeon, soit qu'elle soit située en dessous de la masse polypeuse, ou encore à trajet oblique de bas en haut.

b/ - soit évidentes et connues : donnant des signes fonctionnels et objectifs en rapport avec leur trajet.

Lors de l'ingestion de bouillie, l'examen radioscopique ou radiographique montrera le passage du liquide dans l'arbre aérien.

- On éliminera naturellement le cas d'un paresthésie pharyngo-laryngée donnant également un passage de la bouillie dans la trachée mais en faible quantité.

Lors de cet examen, la toux caractéristique que présentera le malade complètera le diagnostic.

De pronostic grave, ces fistules apportent une impossibilité de l'alimentation per os, et entrainent à brève échéance des complications pleuro-pulmonaires souvent gangréneuses et le décès.

3) - Les perforations :

Secondaires à l'envahissement néoplasique et à l'infection surajoutée.

Elles peuvent être :

- provoquées :-par des explorations endo-oesophagiennes, ou une biopsie, elles sont dans les formes infiltrantes ou diffuses une menace certaine.

-par des explorations en cours de traitement par les agents physiques.

- soit spontanées: Leur tableau est dramatique, la mort rapide.

- soit broncho-oesophagiennes, trachée-oesophagiennes mais parfois veineuses, cardiaques ou artérielles et entrainent :

4) Les hémorragies minimes ou foudroyantes, que révèlent soit un moelena plus fréquent dans les tumeurs inférieures, soit une hématémèse oesophagienne dans les formes hautes,

- veineuses : peu fréquentes à cause de l'oblitération par thrombose, elles peuvent atteindre la veine cave supérieure la veine pulmonaire, la jugulaire interne, la veine azygos.

- artérielles : avec hémorragies brutales, foudroyantes pouvant atteindre l'aorte dans ses trois portions, et les autres artères de la région cervicale et médiastinale (tronc brachio-céphalique; carotide interne, carotide primitive, thyroïdienne inférieure ou supérieure, sous-clavière, intercostales.

- cardiaques : exceptionnelles, même dans les carcinomes oesophagiens, SAMAJA indique un cas d'ulcération du péricarde sur 208 perforations.

Ces hémorragies sont dûes à :

5) - La nécrose :

Elle existe pratiquement toujours dans les formes polypoïdes entrainant le sphacèle et les ulcérations. L'infection locale en est la cause la plus fréquente, mais la nécrose peut être une complication des traitements radiothérapiques et peut entrainer perforation et hémorragie.

6) - Les complications cardiaques :

Outre les lésions péricardiques séreuses ou gangréneuses par perforation, l'extension cancéreuse peut donner lieu à des compressions des gros troncs veineux avec dilatation des jugulaires et oedèmes en pelerine.

IV - Les complications nerveuses : dûes à l'extension ou à la localisation tumorale. Peuvent être centrales ou périphériques :

I°/ - Centrales : par embols le plus souvent, rares, elles consistent en métastases méningées ou encéphalitiques.

2°/ - Medullaires ou radiculaires : dont la symptomatologie dépend de la lésion nerveuse, dûe soit à la propagation directe, soit le plus souvent à des métastases.

Il peut s'agir :

- de compressions du plexus bradhial, avec atrophie du bras, de la main, anesthésie douloureuse.
- de paraplégie surtout dans les localisations inférieures.

3°/ - Lésions nerveuses périphériques : elles sont de beaucoup les plus fréquentes .

- Il peut s'agir de lésions du pneumogastrique ou du phrénique responsables de crises d'angoisse, de dyspnée, de hoquet.

- De paralysie du nerf laryngé supérieur provoquant une insensibilité de la muqueuse laryngée et facilitant la chute des aliments et le passage de la bouillie bismuthée dans les voies aériennes.

- De paralysie du sympathique avec syndrôme de Claude Bernard Horner.

- Les complications récurentielles sont les plus fréquentes et les plus importantee. Le récurrent gauche en raison des rapports anatomiques est le plus souvent lésé.

Ces paralysies sont habituellement vues dans les cancers de localisation haute avec adénopathies; elles donnent

cliniquement la classique voix bitonale; la laryngoscopie permet de voir une corde vocale en position médiane au début, ou juxta-médiane avec inmmobilité de l'arythénoïde, plus tard cette corde prendra la position latérale "cadavérique".

Les paralysies bilatérales sont plus rares et se traduisent par une dyspnée et voix rauque ou par une aphonie totale.

*
* *

L E T R A I T E M E N T

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Il est essentiellement chirurgical et ne diffère en rien dans ses indications comme dans sa réalisation, du traitement de l'épithélioma Oesophagien.

La résection oesophagienne pour sarcome est le plus souvent réalisable, l'envahissement périphérique faisant défaut dans la grande majorité des cas.

Le traitement médical n'est qu'au second plan, mais la préparation du malade à une intervention dont la mortalité est encore élevée le rend indispensable.

Enfin, les agents physiques peuvent améliorer temporairement le malade.

Nous envisagerons successivement :

- le traitement médical
- le traitement chirurgical
- le traitement radiothérapique

I) - Le Traitement Médical

A tous les stades le malade pourra bénéficier de ce traitement; il sera conséquent de l'examen clinique, du bilan biologique, du stade évolutif de la tumeur.

a) Son but sera :

- de permettre une alimentation per os
- de confier au chirurgien un patient dans de meilleures conditions (un état général déficient faisant rejeter

il y a quelques années toute intervention, peut à l'heure actuelle s'améliorer en quelques semaines et permettre une résection).

- de prévenir des complications et y pallier
- de retarder la nécessité d'une gastrostomie
- de soulager le malade en fin d'évolution

b) - Ses moyens :

1/ - La diététique :

Chez un malade dysphagique tout aliment traumatisant doit être évité.

Le régime sera de plus :

- hyper-calorique : (4000 calories par jour)
- varié : luttant contre l'anorexie
- constitué d'aliments pâteux ou liquides

Le Centre Gustave Roussy de Villejuif a étudié un tel régime et DENOIS fit une mise au point au cours d'une communication à l'Académie de Chirurgie.

2/ - Les antispasmodiques :

Leur association est indispensable; le spasme se greffant sur les lésions organiques, est responsable de dysphagies brutales, intermittentes; la régression sous antismasmodiques d'une dysphagie même totale est fréquente; la thérapeutique permettra une reprise de l'alimentation avec secondairement diminution de la stase sus-lésionnelle et de l'infection surajoutée.

3/ - les perfusions :

Elles seront guidées par la nécessité d'une ré-équili-

bration ionique, elles varieront avec l'état du malade, son alimentation, sa diurèse, les résultats du laboratoire.

Souvent nécessaires dès les premiers jours de l'hospitalisation pour réhydrater le malade, elles apportent un appoint au régime diététique.

Toutefois, il ne faut pas en abuser, connaissant les inconvénients de ces perfusions répétées (perfusions de sérum glucosé isotonique, électrolytes, protides : plasma, sang).

4/ - Les Agents Médicamenteux :

Outre les antispasmodiques, nous citerons surtout les anti-infectieux et les désinfiltrants:

- la thérapeutique anti-infectieuse sera effectuée :

- soit localement par lavages prudents
- soit par voie générale : antibiotiques per os, intra-musculaire ou intra-veineux.

- la vitaminothérapie :

  B, C, PP.

- Les catalyseurs métaboliques, tel le Stérandryl

- Le Cortancyl
- l'Oxyfferriscorbone
- La Moutarde à l'azote
- le Trypanosa plus récemment.
- Endoxan
- Les injections sous-cutanées d'oxygène à action freinatrice sur le développement des cellules malignes.

5/ - Les calmants :

Ils permettent de soulager le malade en cours de poussées douloureuses, mais sont surtout le fait des situations désespérées.

6/ - L'intubation : exceptionnelle dans le sarcome pouvant retarder la gastrostomie.

Les résultats du traitement médical :

Il ne faut pas à l'heure actuelle trop attendre du traitement médical, la chimiothérapie anti-cancéreuse n'a pas donné les succès attendus et les médications citées ne seront qu'un appoint.

Les publications ne font pas mention du traitement médical entrepris. De toute façon c'est dans la période pré-opératoire qu'il deviendra une nécessité absolue; et nous pensons que les récentes statistiques de succès thérapeutique parlent en sa faveur outre les progrès de la technique chirurgicale et de l'anesthésie, la reprise de l'état général du patient joue un grand rôle dans la diminution de la mortalité opératoire et post-opératoire; le patient réhydraté, équilibré du point de vue humoral, s'améliore, la prise de poids rapide (en moyenne 10 kgs en 20 jours). Cette amélioration est un indice de la nécessité d'une telle thérapeutique.

II) - Le Traitement chirurgical :

Deux buts différents :

- palliatif
- curatif

...

A/ - Palliatif :

C'est avec l'intubation exceptionnelle de nos jours, essentiellement la gastrostomie, acte de désespoir, à mortalité élevée autrefois, car pratiquée sur des malades cachectiques. Elle permet au malade une alimentation équilibrée et évite la dénutrition. - Il peut s'agir d'intervention plus complexe avec dérivation oesophagienne sans résection.

B/ - Curatif :

Il se propose la supression de la tumeur.

Toutefois, un bilan minutieux du futur opéré sera mis en oeuvre : tous les examens complémentaires (cités dans le chapitre précédent) seront demandés ou refaits; les foyers d'infection locale : du rhino-pharynx, de la bouche, cutanés, urinaires seront traités; l'état pulmonaire sera vérifié.

Un examen cardiaque complété par l'électro-cardiogramme décèlera un coeur pathologique et incitera au traitement.

Les antibiotiques seront administrés au moins 48 Heures avant l'acte opératoire.

La préparation des voies digestives sera faite par jeune et lavements.

- Pendant l'intervention :

L'intubation trachéale est indispensable, elle permet :

- d'une part l'aspiration immédiate d'un liquide de stase oesophagienne prêt à se déverser dans l'arbre respiratoire et l'évacuation des mucosités trachéo-bronchiques.

- d'autre part le contrôle de la respiration, le

regonflage progressif du poumon en fin d'intervention, la lutte contre l'anoxémie opératoire.

La surveillance du malade sera étroite : pouls, tension artérielle, rythme respiratoire, coloration des téguments.

Le sang perdu sera remplacé au fur et à mesure, sans excès, connaissant les dangers d'une surcharge cardio-vasculaire.

- L'intervention :

Suivant le cas, le chirurgien choisira l'exérèse limitée ou étendue avec anastomoses.

I°) - L'exérèse est limitée :

- Soit énucléation simple de la tumeur,
- Soit résection locale.

Dans une grande partie des observations recueillies l'exérèse fut limitée, un examen biopsique pré-opératoire ayant conclu à la bénignité de la tumeur; l'absence d'adhérence et de ganglions, d'infiltration de la muqueuse, l'aspect pédiculé étant en faveur d'une tumeur bénigne. Seul, l'examen anatomo-pathologique extemporané aurait amené les chirurgiens à étendre la résection.

Notre malade Monsieur B ... comme beaucoup d'autres, fut victime de cette erreur, la conservation de l'état général, l'aspect local très en faveur d'une tumeur localisée firent pratiquer une intervention à minima. Après résection, la muqueuse étant souple, la suture oesophagienne fut facile et solide.

...

Les voies d'abord

Les voies d'abord dépendent de la localisation tumorale et sont celles d'une résection avec anastomose.

2°) - L'exérèse est étendue :

Les techniques de résection oesophagienne ou œsophagectomies sont variées, identiques dans leurs principes et leurs indications aux techniques opératoires pour carcinome. Nous ne les exposerons pas dans ce travail.

- Schématiquement, l'intervention consiste à dégager la tumeur et à libérer l'estomac de ses attaches supérieures jusqu'à l'antre, l'irrigation gastrique restant assurée par la pylorique et la gastro-épiploïque droite. Cette gastrolyse permet l'ascension de l'estomac dans le thorax, au travers du diaphragme préalablement incisé, puis le rétablissement de la continuité du tractus digestif.

Au cours de l'exérèse d'un sarcome, les adhérences rarement rencontrées permettent de trouver un oesophage facilement mobilisable et la résection peut être plus limitée; l'anastomose est soit oesogastrique, soit plus rarement oeso-jéjunale ou œso-iléale.

La suture doit être faite avec minutie sur un estomac bien vascularisé et les différents segments ne seront soumis à aucune tension; de la qualité de la suture dépend le résultat. Dans les tumeurs basses RUDLER conseille d'élargir l'intervention par en bas, et de joindre à l'oesophagectomie une gastrectomie totale avec résection éventuelle de la rate, de la queue du pancréas, voire même du colon, des épiploons.

En haut, la section doit porter à 5 cm au-dessus de la lésion et l'anastomose doit être oeso-jéjunale.

Il est à noter quelques différences dans le choix des voies d'abord suivant la localisation de la tumeur :

- les tumeurs cervicales nécessitent des interventions traumatisantes, avec oesophago-thyro-laryngectomie, gastrostomie et trachéotomie définitive dans le procédé de Wockey, ou oesophago-pastie cutanée de TOREK, une oesophagoplastie pré-thoracique ou une reconstitution intra-thoracique peuvent être effectuées.

- les localisations supra-aortiques seront abordées soit par voie droite, l'abord est plus aisé mais très contreversé, soit par voie gauche nécessitant un décroisement aortico-oesophagien.

- les sarcomes rétro-aortiques : sont suivant leur étendue considérés comme sus-aortiques ou sous-aortiques. La voie gauche est la plus empruntée.

- Dans les localisations sous-aortiques la résection est plus simple par voie gauche et l'estomac facilement amené dans la région intra-thoracique. C'est une voie employée plus fréquement.

- Le sarcome de l'oesophage abdominal

Les voies d'abord sont identiques à celles employées pour les tumeurs du tiers moyen tiers inférieur, mais les métastases constatées demanderont parfois une splénectomie, et même une ablation de la queue du pancréas.

Il est important que la localisation exacte de la tumeur, ses limites supérieures et inférieures soient précisées avant intervention; les voies d'abord et la technique opératoire dépendant de la position par rapport à la crosse aortique.

Pour LORTAT-JACOB et de nombreux auteurs, il faudra réséquer largement l'oesophage loin de la lésion, pratiquer une anastomose gastro-oesophagienne malgré l'intégrité de la paroi juxta-tumorale car contrairement au Carcinome l'infiltration pariétale est en cas de Sarcome toujours très limitée, et ce signe a une valeur pathognomonique. En outre, l'aspect extérieur de l'oesophage peut paraître sain, seule la palpation permettra de sentir la tumeur. L'absence d'adhérence et d'adénopathie facilite les manoeuvres opératoires.

D'autres auteurs n'ayant pratiqué qu'une ablation limitée (pensant à une tumeur bénigne) n'eurent pas de récidive ou de métastase plus rapidement. Ils pensent que l'excision seule, moins traumatisante, diminue l'échec post-opératoire et le malade survit plus volontiers à l'intervention. C'est pourquoi il est plausible de se demander si l'intervention localisée suivie de radiothérapie ne peut être discutée.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

EVOLUTION ET COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

Comme nous l'avons dit précédemment, l'intervention est difficilement supportée par le malade.

La majorité des complications surviennent dans les premières quarante huit heures.

En premier lieu sera craint le choc opératoire survenant dans les premières heures. Puis, pourront apparaître les complications broncho-pulmonaires et infectieuses : l'antibiothérapie systématique diminue leur fréquence.

Passé le cap des quarante huit heures, l'évolution peut être simple, le lever sera précoce, la réalimentation

progressive, et la sortie pourra survenir deux à trois semaines après l'intervention. Toutefois un bilan clinique, radiologique et endoscopique vérifieront la guérison du malade.

Mais l'évolution peut être moins favorable, entrecoupée de complications.

I/ - Complications post-opératoires inhérentes à toute intervention thoraco-abdominale

I°) - Complications post-opératoires précoces :

il peut s'agir :

- d'anoxie post-anesthésique
- de choc opératoire.
- d'obstacle respiratoire par chute de la langue ou encombrement trachéo-bronchique.
- d'un pneumothorax du côté opéré ou opposé.
- d'une hémorragie.

l'examen clinique fera le diagnostic, la thérapeutique en découlera.

2°) - Les accidents secondaires :

a) - Le pneumothorax :

peut survenir par blessure corticale ou bronchique : il peut s'agir d'une éraillure corticale du parenchyme pulmonaire ou d'un manque d'étanchéité de la paroi thoracique. L'aspiration douce par drain ramènera le poumon à la paroi.

b) - Les incidents broncho-pulmonaires

sont actuellement rares, grâce à l'antibiothérapie systématique, mais il faudra les redouter tout particulièrement chez les porteurs de lésions pulmonaires (DDB, sclérose, suppurations) ou après reflux de liquide digestif dans les voies

aériennes.

L'évacuation des sécrétions devra être systématique, l'hypersécrétion post-opératoire est de règle, et la broncho-plégie un facteur d'aggravation supplémentaire.

La thérapeutique visera à fluidifier ces sécrétions (théophylline, éphédrine, benzoate de soude, et chlorure d'ammonium en potion, aérosols : théophylline - trypsine), et à les évacuer par aspiration ou broncho-aspiration.

c)- L'atelectasie pulmonaire

Secondaire le plus souvent aux accidents précédents, elle est toujours grave, favorise l'anoxie, l'infection pulmonaire.

Elle peut être :

- précoce, par mauvaise ré-expansion per-opératoire
- post-opératoire. C'est vers le troisième ou le quatrième jour que l'accident surviendre, annoncé par une ascension thermique, l'accélération du pouls, la cyanose. Cliniquement : un hémi-thorax immobile avec pincement costal, une matité ou submatité, l'abolition du murmure vésiculaire, la radiographie d'urgence montrant une trachée et un médiastin déviés, une opacité lobaire ou segmentaire.

Le traitement immédiat permet l'amélioration en quelques heures.

d) - Complications pleurales :

Soit simple réaction et l'épanchement est aseptique : séreux ou hématique.

Soit infection surajoutée avec liquide louche ou purulent.

e) - Quant aux complications cardiaques et circulatoires :

Elles sont fréquentes, les malades sont souvent âgés, atteints de sclérose vasculaire ou de lésions cardiaques plus ou moins latentes. L'insuffisance ventriculaire gauche est fréquente. Quant aux tromboses veineuses et artérielles, elles se raréfient au cours des périodes post-opératoires grâce à la mobilisation active et passive et le lever précoce.

En dernier lieu, citons les accidents post-transfusionnels, particulièrement l'ictère hémotylique par suite de transfusions répétées après hémorragies.

Il existe des complications propres aux interventions oesophagiennes que nous exposeront maintenant.

II - Complications post-opératoires propres aux interventions oesophagiennes proprement dites :

Ces complications sont aussi précoces ou tardives.

a) - Les accidents par perméation de l'anastomose digestive :

Elle est cause soit d'un pneumothorax soit d'un épanchement secondairement purulent et d'un pyopneumothorax. Le diagnostic sera confirmé par un lipiodol ou l'ingestion de liquide coloré retrouvé dans la plèvre. L'aspiration digestive suffit à faire cicatriser une petite communication.

Plus fréquents sont :

b) - Les troubles digestifs :

La vagotomie bilatérale en est responsable :

- avec précocément une dilatation aïgue de l'estomac intra-thoracique, accident survenant le lendemain de l'intervention.

Cette dilatation est une menace constante pour la solidité de l'anastomose, pour l'hématose et peut déclancher des complications cardiaques.

-Tardivement, les accidents peuvent survenir à la reprise de l'alimentation : sensation de plénitude gastrique, douleurs angineuses, gêne respiratoire. Les petits repas fractionnés feront céder ces petits troubles digestifs.

- La diarrhée est elle aussi consécutive de la vagotomie et aux troubles de la sécrétion gastrique. Elle n'apparaît qu'une quinzaine de jours après l'intervention.

c) - Enfin insistons sur les complications cardiaques survenant volontiers après décroisement aortique.

Nous verrons au chapître "pronostic" que la mortalité post-opératoire est encore fréquente malgré l'amélioration des techniques chirurgicales et de réanimation.

-:-:-:-:-:-:-:-:-

III - Les agents physiques :

Pratiqués depuis une quarantaine d'années, les résultats du début ne furent alors que momentanés. Les progrès techniques réalisés permettent d'espérer de meilleurs résultats, mais ceux-ci restent temporaires. Le but poursuivi sera la disparition de la tumeur, l'arrêt du processus néoplastique. Les sarcomes sont radio-sensibles à l'exception des mélanosarcomes.

...

Les moyens employés sont divers :

I°/ - La curiethérapie :

Elle comprend trois méthodes d'application différente :

a) - L'endocuriethérapie :

Le traitement se fait à l'aide d'aiguilles ou de sondes porte-tubes. Les zones saines de la muqueuse ne doivent pas être irradiées avec des doses caustiques, d'où l'importance :

- d'un repérage préalable exact (méthode des deux bouillies).
- de l'adaptation de la sonde porte-radium aux dimensions du défilé cancéreux.

Il est utilisé deux, trois ou quatre foyers de IO mg de radium-élément de trois cm de longueur filtré par I mm de platine. Les applications au nombre de 2 à 3 sont continues pendant 48 heures et séparées par 2 à 3 jours de repos.

Ces applications restent souvent non praticables, l'espace libre étant insuffisant. La mise en place locale d'aiguilles sera alors tentée.

Actuellement la curiethérapie garde des partisans, mais elle est peu employée.

b) - La curiéthérapie externe :

Les indications en sont restreintes, limitées aux tumeurs de la région cervicale, à titre de traitement secondaire.

...

c) - La télécuriéthérapie :

Cherchant à homogénéiser le faisceau des rayons X, elle consiste à éloigner davantage le foyer radio-actif, donc à employer une quantité de radium supérieure (variant entre 4 et IO gr.)

Les portes d'entrées sont généralement au nombre de 4 :

- 2 antérieures
- 2 postérieures

Les limites de la curiéthérapie :

La curiéthérapie est contre-indiquée en cas de propagation aux tissus voisins, d'adénopathies, métastases à distance et fistules.

En cours d'application, l'élévation de température, le nauvais étét général, une perturbation de l'hémogramme, une hémorragie devront faire cesser tout traitement, de même toute diminution des facultés intellectuelles.

2°/ - La roentgenthérapie :

Son emploi est plus fréquent.

La dose léthale (dose administrée nécessaire pour la tumeur) est de 5 à 6000 roentgen. Pour éviter des réactions cutanées et permettre un total de roentgen suffisant les radiologues emploient différentes méthodes.

a) - La radiothérapie à 200 Kv

La distance anti-cathode - peau est de I mètre, l'irradiation se fait en 2 champs antérieurs para-sternaux droit

et gauche, et deux champs postérieurs para-vertébraux droit et gauche, auxquels on ajoute parfois 2 champs axillaires. Ces champs sont larges et ont de IO à 25 cm. de côté.

Chaque jour, on donne 200 roentgen à la peau (varie de I50 à 300 r. suivant les auteurs).

Le traitement dure de 6 à IO semaines, avec un total de 3000 à 6000 roentgen.

b) - La radiothérapie de haute énergie :

(bétatron 22 MeV).

Donne une dose profonde plus importante pour une dose moindre à la peau. Se fait par 4 champs avec un total de 3000 à 7000 r.

c) - La cyclothérapie :

Consiste à mutilplier les portes d'entrée en concentrant sur la tumeur une dose profonde suffisante. Le sujet est placé sur une plate-forme qui tourne sur elle-même à la vitesse d'un tour-minute. Un faisceau étroit de rayons X est projeté sur le sujet pendant sa rotation.

d) - La télécobalthérapie :

De technique récente, la télécobalthérapie a les mêmes avantages que la roentgenthérapie.

Par contre, l'absence de troubles généraux et locaux consécutifs aux irradiations en font une thérapeutique de choix

L'activité du cobalt 60 est 20 fois celle du radium, d'où la possibilité d'obtenir des sources intenses sous un faible volume, permettant des irradiations à distance et une bonne localisation géométrique du faisceau.

Le rendement en profondeur du cobalt 60 est supérieur aux autres émetteurs de rayons gamma, l'absorption dès les téguments n'est pas prépondérante et permet ainsi de donner des doses cutanées élevées. Enfin, son absorption est pratiquement voisine pour les divers tissus, quelle que soit leur densité, éliminant ainsi les risques d'ostéo-radionécrose.

La télécobalthérapie semble donc parfaitement adaptée à l'irradiation des tumeurs malignes de l'oesophage.

Les résultats lointains sont superposables aux statistiques obtenues par traitement radiothérapique, mais la télécobalthérapie donne aux malades une fin d'existence plus confortable, la gastrostomie étant le plus souvent évitée.

Quelques troubles peuvent apparaître en cours ou en fin de traitement : une légère augmentation de la dysphagie est fréquente au début après une dose complète des brûlures oesophagiennes. Le mal des rayons peu intense quand il apparaît, se manifeste par un peu d'asthénie et d'anorexie. Un seul incident pénible assez fréquent est l'apparition d'une toux d'irritation assez rebelle aux médications habituelles.

Mais un avantage considérable est le fait d'une réperméabilisation rapide du tractus évitant la gastrostonie **avec amélioration** radiologique plus tardive : l'oesophagoscopie et la biopsie quand elles peuvent être pratiquées notent une disparition tumorale locale.

Des accidents peuvent survenir comme dans tout traitement par agents physiques.

- Soit précoces : soit perforation, mais pas plus fréquente qu'au cours d'autres traitements.

Soit accidents broncho-pulmonaires : plus fréquents, toujours graves, et l'antibiothérapie avant et pendant le

traitement sera recommandée.

Soit accidents dûs à des tares hépatiques, cardiaques ou par dénutrition trop importante.

- Soit accidents tardifs :

Il s'agit de scléroses locales, médiastinales, pleuro-pulmonaires; elles sont rares, mais emblent cependant prendre, avec la télécobalthérapie une importance particulière.

Il peut s'agir encore d'hémorragie ou de lésions osseuses.

Malgré ces inconvénients, la télécobalthérapie semble pouvoir permettre de traiter des malades aux stades III et IV.

Le traitement radiothérapique pourra être associé au traitement médical et chirurgical après intervention. Au stade inopérable, le radiologue jugera des possibilités d'irradiations d'une néoformation, prolongeant de quelques mois et rendant plus comfortable la vie du malade.

*
* *

P R O N O S T I C

-:-:-:-:-:-:-:-:-

Le Sarcome de l'Oesophage était jusqu'alors d'un pronostic très sombre. La mort survenait quelque soit la précocité et la nature des traitements pratiqués moins d'un an après le début des symptômes. Seuls, trois malades eurent une survie de I8 mois en dehors de tout traitement.

De meilleurs résultats semblent devoir être obtenus grâce à l'amélioration de la technique chirurgicale, de l'anesthésie et de la réanimation, à la recherche d'un diagnostic plus précoce et aux possibilités de l'association d'un traitement radiothérapique mieux adapté.

I - Pronostic après Traitement Chirurgical

- A) - Après Exérèse Localisée

Celle-ci ne fut pratiquée que dans cinq cas auxquels nous pouvons associer notre Observation personnelle de Mr B...., la radiothérapie n'ayant été préconisée qu'après récidive. La mort est survenue cinq fois dans la première année, seul, le malade de Y.CROUE est prolongé de I8 mois.

Nous noterons qu'aucune mort n'eut lieu dans les suites opératoires immédiates.

- B) - Après Exérèse Elargie et parfois anastomose gastro-oesophagienne.

Quarante des malades traités subirent une intervention plus complète. Le premier cas fut rapporté par VON HACKER en I908.

- Les suites opératoires furent cause du décès pour dix opérés (25%) qui moururent dans le premier mois.

- Dans vingt trois cas (56%) la survie fut la même qu'en l'absence de traitement ou d'exérèse localisée et l'exitus survint au cours de la première année.

- Par contre sept (I7%) d'entre eux bénéficient de l'intervention et si nous n'insistons pas sur les survies citées ne connaissant pas le temps exact de ces survies (faute de renseignements ultérieurs), nous constatons que trois malades vécurent, l'un quatre ans, un autre six ans, et le malade de JOHNSTON sept ans après l'intervention. Ces derniers résultats s'ils sont isolés permettent d'espérer d'autres succès dans l'avenir.

II - Pronostic après traitement par Agents Physiques

- A) - Radium

Six malades furent ainsi traités avec deux résultats satisfaisants : l'un vécut encore vingt mois, l'autre trois ans. Un troisième malade aurait eu une survie supérieure, d'au moins un an.

- B) - Radiothérapie

Huit cas nous ont été rapportés, trois malades semblent en bénéficier avec survie de I5 mois, I8 mois et 2 ans.

La disparition des symptômes est relatée avec reprise de l'état général et régression locale de la Tumeur. Toutefois, les récidives deviennent de plus en plus rapprochées, la radiothérapie diminue d'efficacité et l'évolution est toujours fatale. Notre Observation N° I (Mme Q...) est particulièrement intéressante : l'évolution du processus tumoral fut suivi cliniquement, localement et radiologiquement au cours des deux dernières années, tandis que des séances de radiothérapie étaient

pratiquées lors de chaque récidives. La survie totale fut de huit ans.

Le traitement par agents physiques reste toutefois un traitement de désespoir, les malades étant inopérables (sauf notre cas personnel). Il est intéressant de voir que malgré tout, la survie peut être de plusieurs mois ou années.

III - Traitement Chirurgical et Radiothérapique associés

Le nombre de cas relatés est minime, quatre patients en bénéficient avec une moyenne de survie nettement supérieure (8 mois, 30 mois, et deux plus de 3 ans).

Cette association de deux traitements satisfaisants par eux-mêmes, est intéressante et permettra sans doute dans les années à venir des succès thérapeutiques.

Le pronostic du Sarcome de l'Oesophage reste très décevant malgré quelques succès isolés. Toutefois, notons que les survies obtenues sont citées dans les dernières années, périodes où la thérapeutique Chirurgicale et Radiothérapique s'est améliorée.

Nos statistiques portent sur un nombre d'observations malgré tout peu élevé et comprenant :

- des cas anciens avec diagnostic tardif et faibles moyens thérapeutiques.
- des cas plus récents où la Chirurgie Oesophagienne faisait ses premiers pas.

*
* *

PRONOSTIC AVEC TRAITEMENT

Survie	Traitement Chirurgical			Traitement par agents physiques		Traitement mixte Chirurgie + Radiothérap.
	Exérèse simple	Exérèse élargie	Résection + Anatosmose oeso-gastr.	Radium	Rayons X	
moins d'un mois		5	5		1	
1 à 6 mois	1 (3 mois)	I0	3	2 (5 mois (5 mois	4	
6 mois à I an	3 (6 mois) (8 mois (I0 mois	5	5	1 (9 mois		1 (8 mois
plus d'un an	1 (I8 mois	3 (I5 mois (survie ? (" ?	(4 ans 4 (survie ? (6 ans (7 ans (Johnston)	3 (20 mois (3 ans (?	(I5 mois 3 (I8 mois (2 ans	3 (30 mois (+ de 3 an (+ de 3 an (Grimoud)
TOTAL :	5	23	I7	6	8	4

C O N C L U S I O N S

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

A propos de deux cas personnels, nous avons rassemblé et comparé deux cent cinq observations connues de sarcomes primitifs de l'oesophage.

- Le sarcome oesophagien est une tumeur rare, dont la fréquence varie suivant les auteurs, mais ne dépasse pas 2 % des tumeurs malignes primitives de l'oesophage.

- L'homme est atteint plus souvent que la femme mais nous constatons une augmentation croissante du pourcentage de sarcomes oesophagiens diagnostiqués chez la femme.

- La moyenne d'âge est 65 ans.

- Le lieu d'élection du sarcome est le tiers inférieur de l'oesophage thoracique.

- Du point de vue anatomo-pathologique : la forme polypeuse avec pédicule est la plus souvent rencontrée, le fibrosarcome étant le type histologique prédominant.

- Du point de vue clinique : la dysphagie est pratiquement constante, accompagnée une fois sur deux de douleurs précoces, ces deux signes fonctionnels entraînant rapidement une altération de l'état général. L'intensité de ces signes évoquent le diagnostic de sarcome plutôt que celui de carcinome.

- Le diagnostic ne peut être fait qu'à l'examen endoscopique et biopsique.

- Sur le plan thérapeutique : l'intervention chirurgicale avec exérèse élargie, malgré la mortalité post-opératoire, semble donner les meilleurs résultats. Après ablation de la tumeur, l'irradiation par les agents physiques pourra être indiquée et l'association de ces deux traitements, bien que rarement signalée, paraît améliorer encore les résultats obtenus par l'exérèse élargie.

C'est également à la radio-thérapie que le malade sera confié à un stade trop évolué ou lors d'une récidive.

Le traitement médical reste indispensable tout au long de l'évolution mais ce n'est qu'un traitement d'appoint.

Malgré les progrès des techniques chirurgicales et radio-thérapiques, les résultats sont décevants et le pronostic de cette tumeur reste effroyable; les quelques cas de survie au-delà de 2 ou 3 ans ne sont qu'une minorité et l'on ne peut parler de guérison définitive, l'évolution actuelle de ces malades n'étant pas connue.

Toutefois, espérons que grâce à un diagnostic plus précoce, à des investigations toujours plus poussées, des progrès techniques chirurgicaux et radio-thérapiques, l'appoint d'un traitement médical mieux connu, l'avenir des malades porteurs d'une tumeur maligne de l'oesophage sera plus favorable.

VU, le Doyen :

H. HERMANN

Le Président de la Thèse :
Mr le Professeur MOUNIER-KUHN

VU et permis d'imprimer
Lyon, le 4 Janvier 1961

Le Recteur, Président du
Conseil de l'Université :

P.LOUIS

N°	AUTEURS	Année	Sexe	Age	Symptômes					Mauvais E.G.	Ex.Complémentaires	
					Dysphagie	Douleur	Sialorrhée	Hématémèse	Vomissem.	Perte Poids	Ex.Baryté	Biopsie
1	CHAPMAN E.	I877	M	45	+	+						
2	DUBREUIL	I885	M	49	+							
3	TARGET J.H.	I889	M	70	+	+						
4	STEPHAN B.H.	I890	M	4	+							
5	SHAW L.	I891	F	38	+							
6	ROLLESTON	I893	M	54	+							
7	KUNDRAT	I893	F	56								
8	WOLFENSBERGER	I894	M	75	+	+						
9	VON NOTTHAFT	I895	M	84	+							
10	ALBRECHT	I895	F	64								
11	PAGET	I895	F	64								
12	OGLE	I896	M	50	+							
13	ROTSKCHY	I897	M	45								
14	BROOKSBANKS	I898	-	-								
15	JAMES G.B.	I898	-	-	+							
16	LIVINGOOD	I898	M	55	+	+						
17	GASTPAR	I900	M	54	+	+						
18	STARCK	I900	F	64	+	+						
19	STARCK	I900	M	41	+	+		+				
20	REUTER	I900	M	42								
21	CHIBA	I900	M	55	+	+		+				
22	HUISMAN L.	I901	M	58								
23	SHLAGENHAUFER	I901	F	71								
24	?	I901	M	60								
25	KRAUS	I902	-	-								
26	GLINSKI	I902	M	68	+	+						
27	VON EICKEN	I902	M	39	+	+						
28	HOWARD	I902	M	51	+				+			
29	FRATTIN	I903	-	-	+							
30	FRATTIN	I903	-	-	+							
31	PEREZ	I903	M	22	+	+						
32	FRATTIN	I903	M	69								
33	CORNER-FAIRBANCK	I904										
34	LANGE	I904	F	64	+							

Forme Macroscopique	Localisation	Anat-Path. Microscopique	Métastases	Durée Sympt. Avt.Traitem.	Traitement Chir. Ag.Physiques	Survie après traitement	Survie totale
nodulaire	I/2 sup.	Fibro-Sarcome	+		non traité.		
nodulaire ulcéré	I/2 sup.	Sarcome	+				
polypeux	I/2 inf.	Fibro-Sarcome	-				
polypeux	I/2 inf.	Lympho-S.	-				
annulaire ulcéré	I/2 sup.	Fibro-S.	+				
annulaire infiltré	milieu	Fibro-s.	+				
infiltré ulcéré	milieu	Lympho-s.	+				
polypeux	I/3 inf.	rhabdomyos.	+				
infiltrant	I/2 inf.	Fibro-s.	-				
Polypeux	oe. cerv.	Fibro-s.					
Polypeux	oe. cerv.	Fibro-s.					
Polypeux	milieu	Fibro-s.	+		gastrostomie		mort rapide
Ulcéré	milieu	Fibro-s.	-				
Infiltrant*	I/3 inf.	Fibro-s.	+				
annulaire	I/2 inf.	Fibro-S.	+				
Polypeux	I/2 inf.	Fibro-s.	+				
annulaire ulcéré	I/2 inf.	Fibro-s.	-				
nodulaire ulcéré	I/2 inf.	Fibro-s.	+				
annulaire diffus	I/2 inf.	Fibro-s.	+		non traité		
Polypeux	I/2 inf.	Fibro-s.			non traité		
annulaire	I/2 sup.	sarcome					
		Fibro-s.					
Infiltrant	milieu	sarcome	+				
ulcéré	milieu	lympho-s.	+				
	I/3 inf.	sarcome					
Polypeux	I/2 inf.	rhabdomyos.	-				
diffus ulcéré	I/2 inf.	fibro-s.	-				
annulaire infiltré	I/3 inf.	léiomyo-s.	+gg (estom.)		gastrostomie		mort rapide
nodulaire	I/2 sup.	sarcome	-	Plus.semain.	non traité	3 semaines	Plusieurs sem.
diffus	en diverticul.	lymphoendothé-s	-		gastrostomie		mort rapide
ulcéré	I/3 inf.extra Oe.	fibro-s. mélano-s.	-		gastrostomie		1 an à I8 m.
Polypeux	I/2 inf.	Fibro-s.	-				

N°	AUTEURS	Année	Sexe	Age	Dysphagie	Symptômes Douleur	Sialorrhée	Hématémèse	Vomissem.	Mauvais E.G. Perte Poids.	Ex.Complémentaires Ex.Baryté	Biopsie
35	WEGENER	I904	M	32	+	+						
36	BAUER	I904	M	69	+	+						
37	FRANGENHEIM	I906	F	63	+							
38	JOLIAT	I907	M	62								
39	BUTLIN	I907										
40	DONATH	I908	M	58	+							
41	DONATH	I908	M	52								
42	ORTH	I908										
43	VON HACKER	I908	M	70	+							
44	VON HACKER	I908	F	40	+	+						
45	BORMANN	I908	M	48	+							
46	HERXEIMER	I908	M	67	+	+						
47	RIEKE	I909	M	46								
48	REITH	I909										
49	CARARO	I9I0										
50	BERTHOLET	I9II	F	63								
51	SNOY	I9II		57						cachexie		
52	SOKOLOW	I9I2	F									
53	SCHMINKLE	I9I4			+							
54	HERZOG	I9I4	F	80								
55	KINOSITA	I9I4	M	58								
56	JACKSON	I9I5										
57	SOCIN	I9I6	F	60								
58	BAUER	I9I6	M	41								
59	TIMBAL	I9I8	M	35	+							
60	HERXEIMER	I9I8	M	73				+		+		
61	HOFFMANN	I920	M	61	+	+						
62	LANG	I921	M	67								
63	LANG	I921	M	52								
64	GOLDSTEIN	I921										
65	SMITH	I922	M	30	+							
66	JACKSON	I923										
67	SOMMER	I923	M	65								
68	HEILMANN	I923	M	65								

Forme Macroscopique	Localisation	Anat-Path. Microscopique	Métastases	Durée Sympt. Avt.traitem.	Traitement Chir. Ag.Physiques	Survie après traitement	Survie totale
polypeux	milieu I/3 inf.	fibro-S.	+				
nodulaire	I/2 sup.	mélano-S.	+				
polypeux	I/2 inf.	fibro-S.	+				
nodulaire	milieu	mélano-sarcome	+				
diffus	I/3 inf.						
diffus	I/2 inf.	fibro-S	+				
polypeux	I/2 inf.	Endothélio-S	+				
		Leiomyos-S					
polypeux	I/3 inf.	Leiomyos-S	-				
polypeux	I/2 sup.	sarcome	+		Résection		3 mois
Polypeux	I/2 inf.milieu	Fibro-S	-				
annulaire (infilt.	I/2 inf.	Fibro-S	-				
nodulaire (ulcéré	I/2 inf.	Fibro-S	+		non traité		mort par pneumonie
(ulcéré (diffus		Fibro-S					
		Endothélio-S					
nodulaire	I/2 inf.	Leio-S.(Lympho-S)	+		non traité		5 mois
	OE cerv.	sarcome			résection	survie plus. mois	
polypeux	milieu	Carcino-S					
		Sarcome					
infiltrant		carcino-S	+				
ulcéré	I/3 sup.	carcino-S	-		non traité		6 mois
infiltrant	Diverticul.	carcino-S					
		Fibro-S					
	I/3 moyen	leimyos			non traité		
polypeux	I/3 sup.	reticulo-S	-		Gastrostomie	6 mois après	un an
polypeux	I/2 inf.	carcino-S	-		non traité		
polypeux	I/2 inf.	melano-S	-		non traité		
polypeux	milieu	carcino-S	+		non traité		
polypeux	milieu	carcino-S	-		non traité		
		sarcome					
polypeux	I/2 inf.	Fibros	-	6 mois	Radium	5 mois	II mois
végétant		sarcome					
polypeux		carcino-sarcome					
polypeux	I/2 inf.	carcino-S	-		non traité		

N°	AUTEURS	Année	Sexe	Age	Symptômes					Mauvais E.G.	Ex.Complémentaires	
					Dysphagie	Douleur	Sialorrhée	Hématémèse	Vomissem.	Perte Poids.	Ex.Baryté	Biopsie
69	ROSSELET	I924	M	46	+				+			
70	ORTON	I924	M	47		+						
71	JACKSON	I925	M	6	+							
72	JACKSON	I925		32								
73	VON HACKER	I926										
74	MOERSH	I927	M	59	+	+						
75	SCHWARTZ	I927	M	I6								
76	FISHER	I927										
77	GUISEZ	I927	M	54		+						
78	MARTIN	I928	F	44	+				+			
79	MATSUOKA & HATER	I928										
80	VOSS	I928	M	59	+	+						
81	HEILLMANN	I928										
82	CILOTTI	I928	M	75								
83	SCARF	I929	M	50	+							
84	FAC.MONTPELLIER	I929										
85	KUTSUKATE	I929	M	51								
86	KAHLSTORF	I931	M	40								
87	C.RICCI	I931										
88	DVORAK	I931	F	27		+				+		
89	BRESCH	I932	M	74								
90	BOSENBERG	I932	M	56								
91	WALDAPFEL	I932	F	76								
92	PALUGYAY	I932	M	55								
93	BRODENS	I933	F	76								
94	KOWALZYKOWA	I934										
95	JALESKI & WALDO	I935	M	69		+						
96	BLACKBURN	I935	F	53	+							
97	SYREK	I935										
98	JACKSON	I935										
99	JACKSON	I935										
I00	HARVEY HAMILTON	I935	M	49	+	+						
I0I	MALLORY & TRACY	I935	M	58	+				+	+		
I02	MENNE BIRGE	I936	M	38	+	+	+			+		oesophago.

Forme Macroscopique	Localisation	Anat.Path. Microscopique	Métastases	Durée Sympt. Avt.traitem.	Traitement Chir. Ag.Physiques	Survie après traitement	Survie totale
Polypeux	2 cm au-dessus cardia	Ostéo-S.	+		non traité		8 mois
Végétant	milieu	Sarcome			Radium		20 mois
Extra Oe.	milieu	Fibro-S.					
		Lympho-S.					
		Fibro-S.					
Ulcéré	I/3 inf.	Melano-S.	-		non traité		6 mois
		Fibro-S.	+				
		Melano-S.					
Végétant	I/3 inf.	Sarcome-indif.	+				
	Oe.cervical	Lympho-S.			Radium		3 ans
		Sarcome					
Polypeux	I/3 inf.	Melano-S.	+				9 mois ½
Polypeux	I/2 inf.	Carcino-S.	+				
Polypeux	I/3 moyen	Fibro-S.	-		Radium	9 mois	I an
Polypeux		Rhabdomyo-S.					
	I/2 inf.	Carcino-S.	+		non traité		
Infiltrant	I/3 moyen	Carcino-S.	+				
		Carcino-S.					
Végétant	I/3 sup.	Rhabdomyo-S.	-	2 ans	RX	5 mois	2 ans ½
Polypoïde	I/3 moyen	Carcino-S.	-				
Infiltrant		Carcino-S.	-				
		Sarcome					
		Neuro-S.					
Infiltrant	I/3 inf.	Endoth.S.					
		Melano-S.					
Infiltrant	I/3 inf.	Melano-S.	+	I mois I/2	RX	I mois ½	3 mois
Infiltrant	OE.Cervical	Carcino-S.		2 mois	Résection	8 jours	2 mois
		Sarcome					
		Lympho-S.					
		Fibro-S.					
Polypeux	Oe.Cervical	Carcino-S.					
Ulcéré.Infilt.	I/3 Inf.	Léiomyo-S.	+	IO ans	Pas Tt.Chirurg. Inopérable - RX	2 semaines	3 ans (IO ans ?)
Polyp.ulcéré	I/3 sup.	Léiomyo-S.	-	6 ans	Radium - RX Endo	I an ½	7 ans

N°	AUTEURS	Année	Sexe	Age	Symptômes					Mauvais E.G.	Ex.Complémentaire	
					Dysphagie	Douleur	Sialorrhée	Hématémèse	Vomissem.	Perte Poids.	Ex.Baryté	Biopsie
I03	ARSLAN	I937			+							
I04	EDLING	I938	M	70		néant						
I05	FINGER	I939	M	63								
I06	FRENCH-GARLAND	I941	M	70	+	+				anorexie		oesophago.
I07	BAYER	I941	M	70								
I08	PENNES	I942	M	53	+	+				+		Biopsie
I09	PASCUAL	I942	M	59								
II0	MOSTO	I942										
III	PRATTA	I942	M	62								
II2	JOHNSTON	I942	M	64								
II3	MILLAR & BELL	I942	F	64	+	+						
II4	FALL	I946	F	54	+							
II5	PALANKER	I947	F	59	+							
II6	BOZZI	I947										
II7	RESANO	I948	M	56	(Dysphonie) +	(Brûlure +	+				+	Broncho & oesophago.
II8	THOMPSON	I948	M	57	(Oppression)	(court élec. (part.sup. (cou						
II9	BORDONE	I948			+							
I20	STOUT	I949	F	46	+	+				+		
I21	CLARK	I949	M	43	(voix rauque) +					+asthénie	+	oesophago
I22	COTTET	I949	M	68		+				+(I3 kgs) +		Biopsie +
I23	LORTAT JACOB	I949	M	53	+		Fétid.Halei. +			+	+	
I24	HARRINGTON	I949	F	60	+	(retrost.)						Biopsie (Sarcome?)
I25	TEXAS Univers.	I949	F	56	+							
I26	LEGLER	I949										
I27	HARRINGTON	I949	F	70	+							Biopsie +
I28	BRASINI	I949	F	49								
I29	THOREK & NEIMAN	I950	M	43	+	+			+		+	Biopsie
I30	LORTAT-JACOB	I950	M	67	+					5kg-Bon	+	
I31	PUYO	I950	M	63	+							
I32	WARFIELD	I950										
I33	KEELEY	I950	F	62	+							
I34	BREA	I950	M	65								
I35	CARCO	I950										
I36	LYONS & GARLOCK	I954	F	58	+	+				+ 20 kgs		oesophago. Biopsie +

Forme Macroscopique	Localisation	Anat.Path. Microscopique	Métastases	Durée Sympt. Avt.Traitem.	Traitement Chir. Ag.Physiques	Survie après traitement	Survie totale
		Fibro-S					
	I/3 inf.	Réticulo-Sarcome					
Polypeux		Carcino-Sarcome					
Polypeux	I/3 inf.	Léiomyo-S.	-	2 mois	non opéré	4 mois	6 mois
Végétant	I/3 sup.	Sarcome-indif.	-		radiothérapie		I5 mois
Polypeux	I/3 moyen	Leiomyo-S.	médiastinite	6 mois	non opéré-gastrot. R.X.	2 mois	8 mois
Végétant	I/3 sup.	Sarcome Indif.	-				
		Sarcome Indif.					
Végétant		Fibro-S.					
Ulcéré	milieu	Léiomyo-S	-		non traité		2 ans
Polypeux	I/3 moyen	Fibro-S.	-	I an	radiothérapie	I an $\frac{1}{2}$	2 ans $\frac{1}{2}$
Polypeux	Oe.cervical	Fibro-S.			non traité		
Infiltrant	Oe.cervical	Angio-S.	-	3 ans	résection	2 mois	3ans2mois
Polypeux		Fibro-S					
Polypeux	I/3 sup.	Fibro-S.	-	I an	excision	3 mois	I5 mois
	Cardia	Léiomyo-S.	-		excision totale	21 jours	
		Fibro-S.					
Polypeux	I/3 inf.	Rhabdomyo-S.	+	2 ans	résection	1 mois	2 ans
Polypeux	I/3 moyen	Fibro-S.	-	8 mois	(oesophago gastro-tomie-résection) -non-	1 an	20 mois
Polypeux		Fibro-S.	+				
Polypeux	I/3 inf.	fibro-S.	-	6 mois	résection	6 mois	I2 mois
Polyp.Ulcéré	I/3 sup.	Léiomyo-S.	+	1 an	(oesophago-gastrot.) non - voir Borrie	4 semaines	I3 mois
Polypeux	cardia I/3 inf	Léiomyo-S.	-	8 mois	résection		1 an
		mélano-S.			(oesophagogastrot.)		
Polypeux	I/3 inf.	léiomyo-S.	+	3 sem.	non - inopérable		6 sem.
	I/3 inf.	fibro Léiomyo-S		I an	résection	Bon	
Polypeux	I/3 moyen	Rhabdomyo-S.	-	3 mois	(oesophago-gastrot.) (Oesophago-gastrot.)	I an	allait bien
Polypeux	I/3 sup.	Epithélio-S	-	2 mois	résection	3 jours	I5 mois apr. 2 mois
	I/3 inf.	mélano-S.	-		résection (oesophago-gastrot.)		
		Carcino-S			résection		8 mois apr. Survie
nodulaire	I/3 moyen	mélano-S	+				
Polypeux	I/3 inf.	fibro-S.	-	I an	résection	7 mois	I9 mois
		Fibro-S.		I0 mois	Enucléation		2 ans $\frac{1}{2}$ apr.surv.
Polypeux	I/3 inf.	léiomyo.S.	-	I an	résection (Oesophago-gastrot.)	4 ans apr.survie	5 ans allait bien 7 ans après

N°	AUTEURS	Année	Sexe	Age	Symptômes					Mauvais E.G.	Ex.Complémentaire	
					Dysphagie	Douleur	Sialorrhée	Hématémèse	Vomissem.	Perte Poids.	Ex.Baryté	Biopsie
I37	WILD	I951	M	59	+	+						
I38	LORTAT-JACOB	I951	M	53	+							
I39	WILD	I951	M	61	+	+						
I40	MICHAUD	I951	M	50	+	(déglut.seul)				Bien conservé	+	Biopsie+
I41	OWENS_RUSSEL	I951	F	56	+					+		
I42		I951	F	55	+	+						
I43		I951	F	68	+							
I44	MICHAUD	I951	M	75	+	(rétr.st.)				Bon E.G.	oesophago	Biopsie+
I45	CHALMAGNE									4 kg.		
I46	RESANO	I951	F	66			+					
I47	ABRIKOSOFF	I951										
I48	BURNETT	I951	F	55	enrouem.	+			+	+ 22 kgs	+	oesophago.
I49	BENEDICT	I951	M	68	+							
I50	BENEDICT	I951	M	61								
I51	BENEDICT	I951	F	78								
I52	MAURO-ESCOBAR	I951	M	62								
I53	LIPSCHULTZ	I951	M	32		+						perfora. & pneum.
I54	ENDE	I952	M	61	+							
I55	PIAGGIO-BIANCHI	I952	F	60	dysphée	+					+	Biopsie+
I56	RESANO-HOJMAN	I952	M	50	oedèmes +							
I57	MAINIERO	I952	M	42	+							
I58	FOWLER	I952	F	60	+	+						
I59	BLANCO	I952	F	65	+					+		
I60	NEIL	I953	M	54	+							
I61	HILLEMAND	I953	M	65	+	+	+		+	Bon E.G. 5 kg.	+ diver-ticule	
I62	AYAS	I953	M	30	+		+		hoquet		+	oesophago.
I63	BULLOCK	I953	M	71	+	+						
I64	SMITH	I953	F	53	+					+		
I65	GORBON	I953										
I66	GORBON	I953	M	65								
I67	THOMPSON	I953	M	61	+							
I68	CITTERIO	I953	M	67								
I69	BADOSA	I953										
I70	RUDLER	I953										

Forme Macroscopique	Localisation	Anat.Path. Microscopique	Métastases	Durée Sympt. Avt.traitem.	Traitement Chir. Ag.Physiques	Survie après traitement	Survie totale
Polypeux	I/3 moyen	réticulo-S.	+			I mois	6 mois
Polypeux	I/3 moyen	ostéo-S.	-	6 mois	résection (oesophago-gastros.)	6 mois	I2 mois
Polypeux	I/2 inf.	réticulo-S.	+	4 mois	gastrostomie - RX	2 mois	5-6 mois
Polypeux	I/3 inf.	léiomyo-S.	-		résection (oesophago-gastros.) RX	2 mois après survie	allait bien
Polypeux	cardia	léiomyo-S.	-	8 mois	résection (oesophago-gastros)	I7 mois	25 mois
Polypeux	I/3 sup.	mélano-S.	+	5 mois	résection	I8 jours	5 mois ½
nodulaire	I/3 moyen	mélano-S.	+		résection		survie
Nodulaire infiltrant	I/3 inf.	léiomyo-S. mélano-S.	+	2 mois	résection (oesophago-gastros.)	9 mois	II mois
Polypeux nodulaire	I/3 moyen	Fibro-S. Rhabdomyo-S.	(-)		radium		+ 5 mois
Polypeux	I/3 moyen	mélano-S.	-	6 mois	réséqué	I0 mois	I6 mois
Polypeux	I/3 sup.	Fibro-S.	+		radium		
Ulcéré	I/3 inf.	Léiomyo-S.	+				
Polypeux	I/3 moyen	Rhabdomyo-S.	-				
Polypeux	I/3 moyen	Fibro-S.	-	I an	résection	II jours	
Ulcéré-Infilt	Oe.cervical	Léiomyo-S.	-	2 semain.	non traité	2 semain.	I3 jours
nodulaire	milieu	carcino-S.	+			I mois	I an
Polypeux	I/3 inf.	Fibro-S.	+	I an	non traité		I an
Végétant	Oe.cervical	Léiomyo-S.	+	I mois	résection	3 mois apr.	survie
Infil.Ulcéré		Rhabdomyo-S.	+			6 mois	I8 mois
nodulaire	I/3 moyen	mélano-S.			résection	3 jours	
Polypeux	I/3 moyen	Léiomyo-S.	médiastinite	I an			
Polypeux	Oe.cervical	Léiomyo-S.	-		non traité	3 semain.	6 mois
Polypeux	I/3 inf.	Epithélio-S.	-	2 mois	Excision - RX	30 mois	2 an ½
Extra-Oesoph. Sten.	I/3 moyen	Réticulo-S.	+		résection		
nodulaire	I/3 moyen	Mélano-S.	-		résection	4 mois	7 mois
Polypeux	I/3 moyen	Carcino-S.	-		résection	3 mois	27 mois
	I/3 inf.	Fibro-S.		I an ½	résection		
Polypeux	Oe.cervical	Carcino-S.	-		(oesoph.gastros.) jéjunostomie)		
	I/3 inf.	Mélano-S.			non traité		I an
		Léiomyo-S.			résection	3 mois	I5 mois
		Léiomyo-S			résection		I an

N°	AUTEURS	Année	Sexe	Age	Dysphagie	Symp Douleur	6mes Sialorrhée	Hématémèse	Vomissem.	Mauvais E.G. Perte Poids	Ex.Complémentaire Ex.Baryté	Biopsie
I71	JOHNSTON	I953	M	64	+					+	Perf.de l'Oe. septicémie	
I72	JOHNSTON	I953	F	60	+	+						Biopsie=FS
I73	JOHNSTON	I953	F	60	+							Biop.=S.inop
I74	JOHNSTON	I953	F	60	+							Biop.=S.
I75	BOYD	I954	M	63	+					+		
I76	GREGG	I954	M	75		+						
I77	ROBERTSON	I954	M	58								
I78	LORING	I954	F	61	+	+						
I79	FILIPPI	I954				+						
I80	SWEET-AL	I954	F	78								
I81	POMERANZ	I955	F	48	+	+				pâleur	+	Biop. +
I82	JURSAT	I955	M	40								
I83	GREECH	I955	M	62	+	épigastr.						Biopsie
I84	SCHEIDEGGER	I955	M	57								
I85	DE MUTH	I956	M	54	+					anémie+20kg	+	Biopsie
I86	KUNUWA	I956										
I87	HROMADOVA	I956										
I88	KING	I957	M	65	+							
I89	DRIENSSENS	I957			+					+I0kg		oesophago biopsie
I90	DEDER-WAERER	I957										
I9I	POPPENS	I957										
I92	BEZARD	I957	F	60	+							
I93	CROUE	I958	F	60								
I94	GRIMOUD	I959	M	60	+				+	+I0kg	+	Oeso.Biop.
I95	BONNIOT-PIAGET	I959	M	71	+					pâleur-anémie		broncoscop.
I96	BRENIER-CAINE	I959								Bon	+	Oeso.Biop.
I97	BORRIE	I959	M	63	+	+					+	
I98	MARTIN GRISAMORE	I959	F	75	Dyspnée					+ 35 kg	+	Oeso.Biop.
I99	PIAGET	I959	F	51	Dyspnée	+					+	Oeso.biop.
200	MENCARELLI											
201	[illegible]	I955						+	+			
202	GALLEY											
203	DELANNOY SOOTS											
204	PERROTIN-LANGRE											
205	GASPAR & BOADS	I953	M	46								

Forme Macroscopique	Localisation	Anat.Path. Microscopique	Métastases	Durée Sympt. Avt.Traitem.	Traitement Chir. Ag. Physiques	Survie après traitement	Survie totale
Infiltrant	I/3 inf.	Léiomyo-S.	-	2 ans		I semaine	
Infiltrant	2/3 inf.	Léiomyo-S.	-	1 an	oesophagogastro.	7 ans	8 ans
Infiltrant	I/3 sup.	Léiomyo-S.	-				
Infiltrant	I/3 sup.	Léiomyo-S.	-				
Polypeux	I/3 moyen	Mélano-S.	-				
Polypeux	I/3 moyen	Fibro-S.	-		résection	2 mois	4 mois
Polypeux	I/3 inf.	Mélano-S.	+		résection	6 mois	I0 mois
Polypeux	I/3 sup.	Mélano-S.	-		non traité		I5 mois
		Fibro-S			résection		I0 mois
	I/3 sup.	Rhabdomyo-S.	+	4 mois	résection (oesophago-gastrot.)	20 jours	
Polypeux	I/3 moyen	Mélano-S.	-		résection		survie
	I/3 inf.	Mélano-S.	-				2 ans
Polypeux	I/3 moyen	Léiomyo-S.	-	3 mois	résection (oesophago-gastrot.)		3 mois
		Fibro-myo.S.					
Polypeux	I/3 inf.	Rhabdomyo-S.	-	5 semaines	résection (oesophagogectomie) (oesophagogastrot.)	3 semaines	
		Léiomyo-S.					
		Mélano-S.					
Ulcéré	I/3 moyen	Carcino-S.	-		résection	3 mois	
Polypeux	I/3 inf.	Carcino-S.	+		excision		6 mois
		Carcino-S.					
	I/3 inf.	Fibro-S.	-		excision	I5 mois	I8 mois
		Fibro-S.					
Polypeux	I/3 moyen	Léiomyo-S.	-	récent	excision	surv.depuis 3 ans	survie
Polypeux	I/3 inf.	Carcino-S.	-	2 ans	excision	8 mois	2 ans 8mois
Polypeux	I/3 inf.	Fibro-S.	-				
Polypeux	I/3 sup.	Léiomyo-S.	+	6 semaines	oesophagogastrot.	Bien	6 ans après
Polypeux	I/3 sup.	Fibro-S.		I an	excision		22 mois
Infiltrant	I/3 inf.	Lympho-S.		6 ans	R X	2 ans	8 ans
		Sarcome					
	I/3 inf.	Léiomyo.S		6 mois	oesophagogastrot.	6 jours perforation	6 mois

LEGENDE DES TABLEAUX PRECEDENTS

M = Homme

F = Femme

Année = Année de publication

Age = Age du malade dans la publication

Signe cliniques métastases (+ : métastases citées) (- : absence de métastase

Pas de signe : Rien de signalé

*

* *

R E S U M E

-:-:-:-:-:-

Nous nous sommes proposés de faire une Revue Générale des Sarcomes Oesophagiens publiés jusqu'alors à propos de deux cas observés au Centre Hospitalier de Grenoble.

La première observation remonte à CHAPMANN en I877; depuis cette date nous avons pu retrouver 205 observations.

Nos deux malades présentaient une tumeur polypeuse et pédiculée de l'oesophage et évoluèrent l'une pendant 8 ans avec épisodes dysphagiques intermittents , non douloureux; l' autre pendant deux ans avec dysphagie croissante et douleurs terminales.

- Du point de vue étiologique : l'homme est le plus souvent atteint. L'âge d'élection est l'apanage de la soixantaine. Les facteurs prédisposants au Carcinome sont retrouvés sans que nous puissions toutefois affirmer leur rôle.

- L'étude clinique permet de mettre en évidence la fréquence de l'élément douloureux et de l'atteinte secondaire de l'état général associés à une dysphagie pratiquement constante. Les autres signes du syndrôme oesophagien apparaissent au cours de l'évolution.

- L'examen radiologique s'il permet de différencier les formes intra-oesophagiennes (polypeuses), intra-murales (infiltrantes) et extra-oesophagiennes, n'autorise en rien d' affirmer la nature maligne de la tumeur.

- L'endoscopie et la biopsie sont indispensables au diagnostic et permettront l'examen anatomo-pathologique.

- Le traitement chirurgical avec exérèse élargie associé au traitement radiothérapique semble vouloir donner les rédultats les plus satisfaisants.

Le pronostic est très favorable à l'heure actuelle malgrè les quelques cas de survie prolongée cités par plusieurs auteurs.

*
* *

B I B L I O G R A P H I E

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

ABEL. A. Lawrence - Oesophageal obstruction. London, Oxford University Press I929. p.I60

AERGENTER et PEALE - Kaposis Sarcoma - Archives of Pathology I942. T.34 p.4I3.

ALBRECHT - Oesophagus Tumor-Wien. Klin. Wchnschr. 8.332. I895

ALLEN.A.C. - S.SPITZ - Malignant Melano Sarcoma . Cancer 6.I.I953

ALLISON.P.R., BORRIE .J. - The treatment of Malignant obstruction of Cardia - Brit.J.Surg.37 : I.I949.

ALLISON.P.R. - Malignant Myoblastoma of the Pharynx causing Tracheal and oesophageal obstruction - J.Laryng et Otol. 57:2I8.I942

ARSLAN.K. - Sul Sarcoma primitivo de l'esofago - Arch. Ital. ma.l.trachea I937.- 5;226.241.

AUBIN.A. et CLERC.P. - Cancer de l'Oesophage - Encyclopédie Médico-Chirurgicale - T.O.R.L. Paris I951

AYAS.E. - Tumores bénignos y malignos poco precuentes del oesofago. Prensa Méd. argent. 23 janvier I953.40 Nº 4 I96.202 (I3 fig.)

BADARO - Mémoires sur les sarcomes primitifs de l'oesophage. Mémoire d'assistant étranger Fac. Méd.de Paris-I950 Vol. 47.Nº 2

BADOSA.GASPAR.J. and LOPEZ FERNANDEZ. BOADO.O. - Leiomiosarcoma del Esofago - Rev.espan, enferm.ap.Digest.I2:I73 I953

BAUER.E.H. - Ein Fall von primären Melanom des Oesophagus, Arb.a.d.geb.d.path.Anat.Inst.zu.Tübingen-5:343.I904

BAUER.EWIN - Zur Kasmistik der Oesophagumyome: Ein Beitrag zur Lehre der Myome - Virchows Arch.f.pat.Anat.-34:223 I9I6

BAYER - Ueber ein mit Röntgenstrohlein beseitigtes, seit I5 Monaten Symptomfreis Sarkom de speiseröhre - Monatschr.f. Krebsofkämpf. 9°861, I941.

BELL.D.M. - Sarcoma of the Oesophagus - Thorax I0:53.I955

BENDA.R.FREY - Télécobaltothérapie remarquablement tolérée par un ancien tuberculeux pulmonaire atteint d'un cancer de l'oesophage-Presse Médicale 66 (I4) I9 fév.I958 p.306.307

BERARD.L. et SARGNON A. Le cancer de l'Oesophage - Ed.G.Doin et Cie PARIS I927 - p.291

BERNARD. GELLE. LALANNE - Etude de 229 cas de Kc de l'Oe.Thorac. suivis à l'institut Gustave Roussy de I948 à I955-43 n° 3 296-330 - Bull.Kc. I956 -

J.M. BERT E. FASSIO et D.DAVOUZE - Hernie Hiatiale et Kc Oeso-Cardio-tubérositaire - Société de Gastro-entérologie du Littoral Méditérranéan - Séances du 24-25 Mai I958

BERTHOLET.E. - Du Sarcome de l'Oesophage - Arch. de Méd.expér. et d'anat.path. 23:I35 I911

BIASINI.A. - Malignant transformation of Fibro. Leiomyoma of Hypobronchial Esophagus Extirpation by Transpleural Diaphragmatic Route. Successful.Thérapy by Means of Esophagastrostomy - Pathologica 41:260-I949.

BLACKBURN.G. - Leimyosarcoma of distal third of Oes. Cabot Case 21.501 I935 - New England Méd.Journ.2I3:II94. I935.

BLACKBURN.G. - An unusual oesophageal neoplasm - St Bartholomew's Hosp.Jour. Avril I934 p.I38

BOCKUS.H.L. - Gastroentérologia. Ed.Salvat I948 T.I. p.I20

A. BONNIOT. F. PIAGET. FOURNIE et COUDERC - Sarcome Pédiculé de l'Oesophage Lyon Chirurgical Tome 55 N°3 Mai I959 p. 461 à 464

BORDONE. - Polypose Oesoph.Sarcoma. Arch.Ital.Otol.I948.59.573

BORRIE.J.Ch.M.- F.R.C.S. New-Zealand- SARCOMA OF Esophagus Surgical Treatment The Journal of Thoracic Surgery. Vol. 37 - Avril I959 N° 4

BORRMANN.R. - Zwei polypöse oesophagus Sarkome bei einem Individuum verhandl d. deutsch path.gesellsch - I2:I21 I908

BOSENBERG. Zeitschrift für Krebsforschung - I932 -36 - 4I6

BOURGEOIS.P. - Tumeur du médiastin - Maladies de l'appareil respiratoire - Col.Flammarion

BOYD.D.P.-W.A. MEISSNER-C.L.VELKOFFAND and T.C.GLADDING - Primary Melanocarcinoma of Esophagus - Cancer I954/7/2-266-270

BOZZI et COVA. - Tumeurs polypeuses de l'Oes.Radiologia Médica Avril I947 Vol.33 Fas.4

BRASINI. - Leiomyosarcome cité par Hém. Chir. I959 GRIMOUD

BREA.RM. - J.JURADO.P.-Y.RELLAN.L.M. - Tumor extramucosa del Esofago.Acad.Argent.cir.34.I4.I950

BRENIER-CAINE - citée mémoires chir.N°6 et 7 I8-25 février I959 serait rapportée par Lortat Jacob.

BRESCH - Sarcome spino-cellulaire de l'oesophage-Zentralblatt Für allgemeine Pathologie - I932 - T.53 N° 7

BULLOCK.W.K.-H.L. THOMPSON and G.GREGORY - Primary Mélano carcinoma of the Esophagus-Cancer I953-6-p.578.

BURNETT.J.M. et JHON.E.S. - Le Mélano Sarcome primaire de l'Oesophage-Radiology-déc. I951-57 N° 6 868.870 (Bibliogr.)

CABOT.R. - Quoted by Abel

CARNEVALE-RICCI- O.R.L. - Italia- Fév.I931

CARRARO.N. - Sopra un caso di emangioendotelioma perivascolare primitivo del Esofagus-Pathologica - 50:6II-I9I0 - Gazetta intern. di médicina. Naples I9I0-I3-II7

CHALMAGNE.J. - A kase of Esophageal Melanosarcoma-Acta O.R.L. Belgica I951 - 5-76

CHAPMAN.E. - Sarcoma of inferior constrictor of pharynx and inlet of esophagus - Am.J.Med.Sc. I00:533.I877

CHIBA.T. - Sarcoma of Esophagus - Chingain.Ifi, Shinfo-Tokio-21 955.958 - I900

CILOTTI.M.-Di un caso di carcino-sarcoma de l'oesofago.Pathologica Genova I928.20:608.75.

CLARK.D. - Le Sarcome de l'Oesophage : relation d'une résection réussie de fibrosarcome-Arch.Surg.Août I949-59 N°2, 348-354

CORNELL. Surgery Nov. I956 - 28-88I

CORNER et FAIRBANK. Sarcoma of the alimentary canal Path.Soc. London LVI The Lancet I904 - p.29-I905

COTTET - Tumeurs exceptionnelles de l'Oesophage : Sarcome polypeux et fibrome sténosant-Radiol. Clin. Sep.I949-I8 N°5

CREECH.O.J.R., OVERTON.R.C. and ERICKSON.E - Leiomyosarcoma of the Esophagus Texas.J. Méd. 51 : 271, I955.

CROUE.C. - Sarcome primitif de l'Oesophage (essai de revue générale à l'occasion d'un cas inédit) Paris I958:I032 - Paris TAIB : I958 in 8° ronest II6 p. Tabl.I7.I2.I958.

DEBRAY.Ch; J.P.HARDOUIN; A.DEPORTE et E.MARTIN (Paris) - Le procédé de la mèche - Technique de cyto-diagnostic des épithéliomas de l'Oesophage - à propos de 23 obs. - Arch. Mal. Rapp. Digest.T. 48, N°4 - Avril 59

DEDERWAERER. - Belgisch Tijdschrift Voor Geneeskunde - Mai I957 Extra I3 (I3)

DELACROIX.R., M.RIBET; P.MEIGNIE et RAZEMON - Cancers Oesophagiens du I/3 moyen - Problèmes chirurgicaux - Archives des Maladies de l'app. Digest. N°6 Juillet I958 p.749 751.

DELANNOY et SOOTS-(réf.Mem.Chir.Févr.I959).

DE MUTH W.E. - Rhabdomyosarcome de l'Oesophage-J.Thor.Surg, Juillet I956 32 N° I - II5-II8 (Bibliogr.)

DONATH. Kurt. - Beïtrag zur kenntnis der Sarkomatösen geschwülste der Speiserïhre-Virchows Arch.F.Path.Anat. I94:446, I908.

DOR.J. - La valeur du traitement chirurgical dans le Cancer de L'Oesophage Société de Gastro-Entéro. du Littoral Méditerranéen - Séances 24-25 Mai I958 p.230.231.

DRIESSENS.J. - LAGACHE.G. - HERAUD.N. et TOISON G. - Epithélio-Sarcome de l'Oesophage inférieur à développement endo-cavitaire. Arch. Mal.App.Dig.Janv. Février I957-46. N° I-2 72-76 (Bibliogr).

DVORAK.H.J. - Sarcoma of the Oesophagus-Arch. of Surgery Vol.22 Mai I931 - 794.

DWIGHT. E.CLARK.M.D. - Un cas de résection de fibro-sarcome du I/3 sup. de l'Oes. avec succès - Sarcoma of the Oesophagus - Arch.Surg.Août I949.59: 2 - p.348-354.

EDLING - Reticulo cellular sarcoma-Radiology I938-30-I9-34; Thorax - I952

EGGERS.C. - Carcinoma of the thoracic Portion of the Oesophagus Surg.Gynec.Obst. 50:630-I930

ENDE.N. - PIZZOLATO. P.RAIDER.L. et WISKIND.J. - Cas rare de carcino-sarcome de l'Oesophage - Am.J.Roentg - Fév.I952 65 N°2 - 227-231

EPPINGER - Quoted by Hacker

EWING.J. - Néoplastic Diseases - Philadelphia, W.B. Saunders Compagny - I928 p.227 and 907.

EWING.J. - Neoplastic Diseases - Philadelphia - I940 W.B.Saunders Company - p.283, 284.

EWING.J. - Oncologia - Ed. Salvat; Barcelona, Buenos Aires I948 p.305

FELDMAN - Clinic Roentgenology of the Digest - Trav. I948

FILLIPPI - Pathologia Genova I954 - 461 - 723 - 724

FINGER - Les tumeurs de l'Oes. Munchener Mediz. Worschenschrift, I7-II-39.

FISCHER.W. - Hansbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie - F. Henke und O.Lubarsch (Julius Bpringer, Berlin, I926); T.IV/I, p.I33

FOWLER.M and H. d'A SUTHERLAND - Malignant Melano sarcoma of the Oesophagus - Journal Path.Bact. I952, 64 - 3 - 473.

FRATTIN - Due casi di tumore primitivo in diverticuli del canale digesente - Policlinico (sez.chir) I903, vol.II

FRAUGENHEIM.P. - Multiple Primärtumoren - Virchows Arch.F.Path. Anat.I84-201 - I906

FRENCH - GARLAND L.H. - Léiomyosarcome de l'Oesophage - Amer.J. Roentgenol I941, 45-27-31.

FRUHLING L. et WILD.C. - Données anatomo-pathologiques et statistiques nécropsiques et biopsiques concernant les tumeurs malignes de l'Oesophage - Ann.Oto-Laryng.I952 69 N° 7 - 400-4I9. (Bibliogr).

GALEY - (Rapportée par Lortat-Jacob) Mém.Chir. Févr.I959

GARFINKLE J.M. and W.G. COHAN - Primary Melanocarcinoma of the Esophagus First Histologically Proved Case - Cancer I952, 5 p.921.

GASTPAR A.-Ein Fall von Oesophagussarkom, Cent-ralbl.f.allg-Path.U.Path Anat.11: 8I,I900

GAUTHIER-VILLARDS et DONTZOFF - Anatomie macroscopique du Cancer de l'Oesophage - Etude de pièces chirurgicales - Presse Médicale N° 54 - I947. 609-6I0

GLENNIE J.S. - F.R.C.S.E.O. and K. MOGHISSI M - Leimyoma of Oesophagus - Report on two cases surgically treated - Thoracic Surgical Unit. Blackpool Victoria Hospital.

GLINSKI - Ueber polypenformige Mischgeschewülste des oesophagus Wirchows Arch.F.Path.Anat.I902 - I67 : 383

GOLDSTEIN.H. - Sarcoma of the Esophagus-Medical Times July I921

GORBON.B. - Surgical treatment of Cardioesophageal Tumours Report of two cases - Bull.SOC.Turq.Med.I9:220, I953

GRAY - Anatomy of the Human Body- Ed.24 Philadelphia I942 - Lea et Fébiger p.II66

GREGG.J.B. et STAMLER.F.W. - Néoplasmes rares de l'Oesophage - Arch. Oto-Laryn. Févr.I954. 59 N° 2 I59-I69 (Bibliogr)

GRIMOUD-H.ESCHAPASSE-R.BRUGUIER - Y.LACOMME - Leiomyosarcome de L'Oesophage Mémoires de l'Académie de Chirurgie- Tome 85 N° 6 et 7 - Séances des I8 et 25.2.I959.

GUIBERT.H.L. - Les maladies de l'Oesophage - J. TERRACOL(Masson et Cie) Paris I938 - p. 498.

GUIBERT H.L. - Histologie des tumeurs malignes de l'Oesophage p. 779 -784

GUIBERT - Les maladies de l'Oesophage de Terracol. J. I vol. I951 - Paris.

GUICHARD.A - F. LARBRE - J. PASQUIER - B.TAINE - A propos d' un cas nouveau d'hyperplasie fibromusculaire de l' Oesophage - Lyon Médical N° 8-90-23 Fév. I958 - 291 - 298.

GUISEZ - Sarcome de l'Oes. traitement-radiumthérapique - Congrés Fr. de Chirurgie - I926 - 35 - p. 703 - 707

GUISEZ - Bull. O.R.L. I927 - P;241 - 244.

HACKER.V. and LOTHEISSEN G. - Chirurgie der speiseröhre in new deutsche chirurgie - Stuggart, Ferdinand Enke - I926 vol. 34, p.368.

HARRINGTON. S.W. - Surgical treatment of benign and secondariey malignant tumors of the oesophagus - Arch. of. Surgery, vol. 58, 4, avril I949 - 646.

HARVEY et HAMILTON - Edimbourg Médical Journal - I935 - 42 - p. 337

HEDBLOM.C.A. - Combined transpleural and transpéritoneal Resection of Thoracic Esophagus - Surg. Gynéc.Obst.35 284 - I922.

HEILMANN - Zentralblatt für allgemeine Pathologie - I923-33 p. 6I7

HERXHEIMER.G. - Ueber das Carcinosarkom des Oes. - Zbl.Allg. Path. I9I8, 29 : I-6

HERXHEIMER.G. - Das Carcinoma Sarcomatodes-Beit.Z.Path.Anat. I908 XLIV - p.I50

HERZOG.G. - Ein scheinbares Sarkokarcinom des Oes. Ver.Deut. Path. Ges. I9I4 I7: 346-351.

HILLEMAND.P. - PATEL.J. - DELATTRE.M. - A propos d'une tumeur pédiculée maligne de l'Oesophage. Le problème des tumeurs pédiculées de l'appareil digestif. - B.M. Soc.Méd. des Hôp.Paris - I953-69 N° 9-I0, 253-255

HILLEMAND.P. - Mal. de l'Estomac, de l'Oes. et du Duodénum - Col. Méd. Chir.I950 - p.62

HILLEMAND - Encyclopédie médicale - (Flammarion).

HILLEMAND, PATEL et DELATTRE - Tumeur pédiculée maligne de l'Oe. Arch. Mal. App. dig. Mai I953, 734.

HOFMANN.M. - Zur Klinik der polypösen Sarkome des Oesophagus- Beitr. Z, Klin. Chir. I20 : 201, I920.

HOWARD.W.T. - Primary Sarcoma of the Esophagus and Stomach - J.A.M.A. 38 : 392 I902

HUISMANS.L. - Sarcoma Oesophagi-München. Méd. Wchnsehr -48 2147 - I901

IRASIWA.T. - Contributions statistiques à l'étude du Cancer de l'Oesophage - Zentralblatt für Hals - I953 XXI F.7 p.5I4

IRELAND.P. and BRYCE.D.P. - Esophageal tumors pathology, diagnosis, and surgical treatment-Arch. of Oto Laryng- T 52 N° I-7 I950 (in Zentralblatt Oct.I951/70/71.)

JACKSON.C. - Carcinoma and sarcoma of the Oes. South. Sus.Geon. I935, 4 : I - 11

JACKSON.C. - Carcinoma and sarcoma of the Oesoph.Am.J.Méd. Sc. I69- 625.647-I925

JALESKI et WALDO.P.V. - Primary Mélanotic Sarcoma of the Oesophagus - Am.J. Cancer I935-24-340.

JAMES.C.B. - Sarcoma of the oesophagus with secondary deposit in the tongue - Tr.Path.Soc.London- 49:9I.I898.

JOHNSTON.J.B. - CLAGETT.O.T. and Mc DONALD.J.R. - Smooth - Muscle Tumours of the Oesophagus-Thorax 8 : 251,I953

KAHSTORFF - Forschritte auf dem gebiette der Röntgenstrahlen- I930 42 p.421

KAUFMANN.E. - Trattato di Anatomia Patologica Speciale (Francesco Vallardi Milano I925) p.568.

KAZANSKII.V. - Surgical treament of cancer of the Thoracic esophagus Kirurgiia (MOSKVA) 34-1 Janv.I958 p.33-35

KING - Carcino-Sarcoma - Surgery-Août I957-42 (2) p.389.

KINOSITA. - Schweizerische Medizinische Wochenschrift - I921 21-II-7 - p.I56-I59.

KLEIN - Archivs pf Klinik Chirurgie- I927 - I45, I66-I78

KUNUWA - Leiomyosarcoma-Japonese Journal of Cancer Research - Déc.I956 - p.698.

KURZ - Leiomyosarcoma-Nordiok Medecin - I8 Juill.I957-58 p. I051-I053

KUTSUKATE.-Trt.Jap. Path. Soc. - I929 - I9-7 - 63

LATHEISSEN.G. - Die Resektion der speiserönr- Wein Med. Wchnschr. 79: 6I8 I929

LEIGH COLLIS - Traitement chirurgical du Cancer de l'Oesophage (Queen Elizabeth Hospital Birmingham) The Lancet I957 N° 6996 p.6I3 - Arch. des Mal. de l'App. Digest. N° 5 - Mai I958 - p.635 (Biblio.)

LEON.J. - Les Sarco-carcinomes de l'Oes. I921 - Genève 80 pages in-8

LEROUX.J. - ROBERT - ENNUYER.A. - CALLE.R. et ROUSSEAU.S. - Les localisations oesophagiennes de la maladie de Hodgkin Ann.Oto-Laryng. I951 - 68 N° 8-9, 573-585.

LIPSCHULTZ - Gastroenterology - I954, 27-5-661

LIPSCHULTZ.S.F. - and FISCHER, SEYMOUR ; - Leiomyosarcoma of the Esophagus Surgery - I951, 29-281.

LIVINGOOD.L.E. - A case of Sarcoma of the Esophagus- Bull.Johns Hopkins Hosp.9:I59, I898

LOCKYER. - Quoted by Hacker and Lotheissen.

LORTAT - JACOB.J.L. et BADARO - Deux Sarcomes primitifs de l' Oesophage pédiculés - Sem. Hôp. Paris - I8 Mai I950 N°37 - I743-I746 -(Biblio).

LORTAT - JACOB - Mortalité opératoire dans Cancer de l'Oesophage - Mém. Académie Chirurgie - 27 Mars I957 - Tome 83 N° I0-II - p. 348-355

LORTAT - JACOB - Chirurgie de l'Oesophage-Edition Flammarion I951.

LUDIN.M. - Tratado de Medicina Interna : G.Von Bergmann - Y.R. Stachelin (Ed. Labor. I943) T.3, p.I75

LUEDERS.R.W.M.D - A.STRANAHAN.M.D. - R.D. HALLEY.M.D. - H.W. KAUSSEL , and A.S. PECK M.D. - C.M. ALBANY, N.Y. - Histoire Tumeur bénigne.
Ama Archives of OTOLARYNGOLOGY Vol. 67 May I958 nº 5

LYONS.A.S. et GARLOK J.H. - Leiomyosarcome de l'Oesophage - Surgery, Fév. I951, 29 Nº 2-281-287 et in Zentralblatt-Avril I952 - p.I32 (Biblio).

MALLORY - Leio-myo-sarcome of Distal third of Oesophagus with extension and ulcération of médiastinal lymph.nodes. New-England J. Méd. I935 2I3, II94.

MARTIN.AM. - Diagnostics of a Sarcoma-Case shown previously in November I934 with a view to slidasuggestive London J-Lar.Otol.I936 51 - I8I-I84.

MARTIN.JD. et JENNINGS, GRISAMORE-(Article Américain) Grisamore fait à propos d'un cas personnel une revue générale de I9 cas. (Citation Mém. Chir. I959).

MARTIN.A.M. - Lymphosarcoma of the Oesophagus and médiastinal In-Durhan Mus.Cat. I928, 206

MASSON, SOUTHERN - Med. Journal III - I949-42-I70

MASSON - Tumeurs humaines - Maloine I957

MATSUOKA.K. et HATA.H. - Ein fall von Oesophagus-sarkom - Sei. K. kwai I928.47: 8,5

MAURO.E.Y. - DE ESCOBARD.C. - Sarcoma de Esofago - Arq. cir. Clin. exper.I4 - 69-I951

MAXIMOW.A. - and BLOOM.W. - Textbook of Histology. Ed.3 Philadelphia I938 - W.B. Saunders Compagny p.379

MENNE.F.R. ans BIRGE.R.F. - Primary Leiomyosarcome of upper third of Esophagus. Ann.J.Dig.DIS. I936-I937, 3-848-851.

MICHAUD.P. - Le sarcome primitif de l'Oesophage (A propos de deux observations nouvelles) Lyon Chir. Oct.I951 46, Nº 7, 8I3-820 -(Biblio.)

MOERSH.H.J. and A.C. BRODERS - Melano épithélioma of the Esophagus J.A.M.A. - 88:I3I9 - I927

MOINADE.H. - Une forme Oesophagienne de la maladie de Hodgkin (Ac ≠) avec le cancer de l'Oesophage - Thèse Paris JUILL.I952, 56 pages -

MUKUNO - Carcenomatous degeneration of adenoma - Oto.Rhino. Laryngo Avril I939, I2 : 326.

NEIL.J.F. ans HORNE.E.A. - Leiomyosarcoma of the Esophagus; J. Lar.Otol.London - I953, 67-I59.

NEUBERGER.F. et WERKGARTNER.H. - Atteinte totale métastatique de l'Oesophage dans une lymphosarcomatose généralisée Wien. Klin. Wschr. 27 Mai I955 - 67 N°21 374-376 (Bibl.)

NIELSEN.J. - Clinical résults with rotation therapy in cancer of the Esophagus - Acta Radiol. 26, 361-39I. I945

OGLE.C. - CYRIL - Sarcoma of the Oesophagus - Tr. Path. Soc. London - 47 : 40, I896

ORTON - Annals of O.R.L. Décembre I924

OWENS.J.M. et RUSSELL.W.O. - Léiomyosarcome et carcinome squameux de l'Oesophage - Arch. Path. Mai I95I, 51 N° 5 560 - 564.

PACK. (G.T.) - Cancer of the Oesophagus and gastric cardia- un volume I949 St Louis.

PAGET - STEPHEN - Unusual form of malignant Disease of the Oesophagus Tr.Path.Soc.London 46:46,I895.

PALAZZO - Radiology - I948,51,79

PALMER - The Oesophagus and its DISEASES

PALUGUAY - Roentgenpraxis - I932 - 4 - 761.

PANICO.F.G. - Les types cytologiques des lésions oesophagiennes et gastriques bénignes et malignes. surg.Gyn.OBST. Juin I952,94 N° 6, 733-742.

PASCUAL et GISVERT - Bolletin X Liga contra Cancer.Sep.I942 274.

PEARLMANN - Le prétendu carcino-sarcome de l'Oesophage - Ann. Otolaryng. I947 - 64 N° 47 et Annals of. Otolaryng. I940-49-805,820

PENNES.A.E. - Léiomyosarcoma of the Esophagus. Am.J. Roentgen, Sept.I942 48, 336-340

PERASALO.O. - TALA.P. - Carcinoma of Oesophagus and gastric cardia-Clinical observations and résults of surgical treatment. Ann. Chir. Gyn. Fem. 47 (1) I958 p.53-64

PEREZ (MORALES) - Siglio Medico Madrid - I903 II p. I66

PERROTIN et LANGRE - Réf. Mem. Chir. Févr. I959

PIAGGIO BLANCO.R.A. - DUBOURDIEU.J. -URIOSTE.J.P. et GROSSO.O.F. Sarcome de l'Oesophage. An. Fac. Med. Montevideo; Juill.Août I952, 37 - N° 7-8 - 292-297 (Biblio).

PIERQUIN.B - C. LALANNE, - J.DUTREIX - M. TUBIANA et J.SURMONT- Comparaison entre deux groupes du cancer de l'Oesophage thoracique traités par radiothérapie sous 200 Kv et par radiothérapie de haute énergie (Bétatron, 22 MeV) Archives des Mal. de l'App. Digestif N° 78 Juillet Août I958 p. 895-905.

PIQUET. - Pathologie de l'Oesophage - Monographies Médicales Paris N° 62.

POMERANZ.A. A et GARLOCK.J.H. - Mélanosarcome primaire de L' Oesophage Ann. Surg. Août I955, I42 N° 2 296-301. (Biblio.)

POPPENS. - Quarterly Bulletin of Nord West University - Med. Sc. 31 3 fall.I957

PRATT.F. and LOCKYER.L. - Quoted by Hacker and Lotheissen. Chirurgie der Speiseröhre in NeneDeutsche Chirurgie Stuttgart, Ferdinand Enke 34 368, I926

PUYO et POTMANN - Melanosarcome; Revue de Laryngologie 7I.I78 I93 I950

RANIERI.M. - Un caso non comune di melanosarcoma della cute con probabile metastasi all'esofago. Gazz.d.ssp.62 232-235. I941

REITH.J.W. Veber Zwei Fälle von primären Sarkom der Oesophagus Inang Diss Leipzig, I909.

RESANO.J. et ALBANESE.A. - Sarcome primitif de l'Oesophage. Rev. Chir. Sept. Oct. I948, 67, N°9-I0, 257-274

RESANO.J.H. - Traitement chirurgical du cancer du segment juxta hilaire de l'Oesophage. Presse médicale p. I200 I204 - I9 Sept. I951

RESANO.J.H. et HOJMAN.D. - Contribution à l'étude de sarcome primitif de l'Oesophage. Prensa.Med.Argent. 29 Août I952, 39, N° 35 2045-2056 (Biblio.)

RESCH.B. - Ein fall von karcinosarkon des Oes. Zbl.Allg.Path. I931-I932 53: 235-238

RIEKE. - Ueber ein ausgedeutes medullar sarkon der Oesophagus Virchows- Arch.f.path.anat.; I98: 526, I909

ROBERTSON - Melanome malin. Gastroenterology I954 - 27 - I21.

ROLLESTON H.D.- Sarcoma of the Oesophagus with secondary growths in the Bone. Tr. Path.Soc.London, 44:65-I893

ROSSELOT et SCHINZ - Schweiz Medizinische Wochenschrift I924 LIV 24 44 30 Oct.

SANTE - Annals of Roentgenology I930 vol.III 504

SAPHIR et VASS. - American Journal Cancer I938 33 331

SCARFF.G.R. - A case of carcinosarcoma of the Oesophage.J.Lar. Otol.I929 44 324-8-3

SCHEIDEGGER - Bulletin der Schweizerische Akademie I955 II 45; 352

SCHLAGNHAUFER.F. - Zwei Fälle von lymphosarcom der bronchialen lymphdrüsen mit secundärer lymphsarcomatöse des Oesophagus. Virchows Arch.f; path.anat. I64: I47,I90I.

SCHLUGER.J. - ARCOMADO.J. et CARDON.O.P. - Le Leiomyosarcome de L'Oesophage Am.J.Surg.Mai I956 9I N°5, 852, 855(Biblio)

SCHMINCKE - Diskussions oemer kung.Verhandl.d.deutsch.Path. Gesellsch I7:363, I9I4

SCHWARTZ - Archivs für Ohr Hals. Mars I927

SCHWARTZ.M. - Einen spindelzellen sarkom des Oes. Frankfurter Zeitschrift fürPathologie, I928, 36 : 353-362.

SHAW, LAURISTON - Sarcoma of the Oesophagus Perforating the trachea Tr.Path.Soc.London, 40: 76-I889

SIMON.H. - Die Sarcome. Newe Deutsche Chir.I928, 43, 246

SMITH.C.E. - and RUSK, G.Y.- Primary sarcoma of the Esophagus Ann. Surg. 78:577, I923

SMITH.R. et GOWING.F.C. - Cancer de l'Oesophage ayant l'aspect histologique d'un "carcino sarcome" Brit.J.Surg. Mars I953, 40 Nº I63 487-489

SNOY. - Sarkon der Pharynx-Oesophagus-greuze mit ERFOLG opcriert nach vorhergeheuder gastrotomie.Med.Klin.7:58-I9II

SOCIN. CHRISTOPH. - Cor.Bl.f.schweiz Aerzte. 30:953.I9I6

SOKOLOV.A. - Adenosarkon der Oesophagus. Pathologia Genova. 4:476-I9I2

STARK.H. - Sarkome des Oesophages. Wirch.Arch.f. Path.I62:256 I900

STATES DEPARTEMENT - Journal of Mt.Sinaï Hospital.I946-I2-976

STEPH.N.B.H.-(Citado par Ludin) Zur Kasuistik der Dysphagie bei kindern Sarcoma Oesophagie bei einem 4 Jährigen knalen Jahrb.f. Kinderh 30: 354-I890

STOUT.A.P. et HUMPHREYS.G.H. - Américan Journal of Roentgenology Avril I949

STUHL.L. - J.BOURDIAL,R.DUPUY- Y.LALLEMANT - J.VALLIN et J. TOURNIER -
Télécobalthérapie du cancer de l'Oesophage après une expérience de deux ans. Arch.des Mal. de l'App.Digestif Nº 4 Avril I958 p.307-3I4.

SWEET.R.H- SOUTTER.L. and VALENZUELA.C.T. - Muscle wall Tumors of the Esophagus.J.Thoracic Surg. 27:I3, I954

TANEW - Tumeurs polypeuses de l'Oesophage. Wien.Klin.Woch. vol. 59 Nº 45; Novem.I947

TARGETT.J.H. - Sarcoma of Oesophagus.Tr.Path.Soc.London. 40 76, I888-89

TEDESCHI. - Archives of Pathology. 43.335

TERRACOL.J. - GUERRIER.Y. - Le cancer de la bouche de l'Oesophage.Sem.Hop. 34 (I0) 26 Févr.I958 p.606-607

TERRACOL - Les maladies de l'Oesophage, un vol. Paris I951 Masson III

TERRACOL - Concours Médical 29 Oct.I929 - 71-I4

TIMBAL.- Archives Médicales de l'appareil digestif. I922 XII I26

THOMPSON.J.R. - Le Carcinosarcome de l'Oesophage. J.Thor.Surg. Mars I953; 25 N°3 : 261-264 (Biblio.)

THOREK.P. et NEIMAN.B.H. - Rhabdomyosarcoma of the Esophagus J. Thor.Surg.I950, 20 N°1 77-89 (Biblio.)

THOREK.P. - Surgical treatment for Carcinoma of the Esophagus Illinois M.J.92:329-I947

THOREK.F. - The causes of failure in the operative treatment of carcinoma of the Esophagus.Ann.Surg.90.496.I929

TRUFFERT - Oto-Rhino-Laryngologie. Encyclopédie Flammarion I954

UNIVERSITY OF TEXAS - Cancer Bulletin.I.I8.I949

VON EICKEN.B.H. - Ein Sarkon der Speiseröhre.Deutsche Ztschr. f.Chir. 65:380.I902

VON HACKER. - Zur Renntnis des Oesophagus sarkoms.Mitt.an. d. Grenzgeb der Med.und Chir.I9:396,439.I908-I909

VON LANGE - Primäres Oesophagussarkom. München Med.Wchnschr. 51:411.I904.

VON NOTTHAFT.A. - Mors subitanea durch platzen einer varicösen Oesophagusvene.Münehen.Med.Wehnschr.42:350-I895.

VOSS.E. - Ein Fall Von Melanosarkom des Oesophagus. Frankfurth. Ztschr Path. 36:353, I928

WALDAPFEL.R. - Gestielte Sarkome des Oes.Zschr.Laryng. I932.23 I53.

WARFIELD. - Bulletin of Georgetown University Medecine Center. Oct.Nov. I950 - 4-71-75.

WEGENER - Veber das sarkom der Oesophagus. Thèse de Giesen, Med. 551- I904

WILD,CH - FRUHLING et LE GAL.Y -(L) - Le sarcome réticulaire primitif de l'Oesophage, Bronchoscopie, Oesophagoscopie, Gastroscopie; p.36-43. I951.

WOLFENSBERGER.R. - Veber ein Rhabdomyom der speiseröhre. Beitr. z. path. Anat. n.z.allg.path.I5 : 490 - I894 (I895 ?)

WOLFENSBERGER - A case of sarcoma of Oesophagus. Bulletin Johns HOPKINS Hospital-Baltimore I898

ZAAIJER.J.H. - Erfolgreiche transpleurale Resektion eins kardiakarzinoma Beittz.z. Klin.Chir. 83: 4I9. I9I3

ZWEVICH.V.P. - Use of by pass anastomosis in cancer of the cardia and esophagus. Vest. Khir.80 (2) Féb. I959 p.31-34

*
* *

T A B L E D E S M A T I E R E S

-:-:-:-:-:-:-:-:-

INTRODUCTION.....	Page	1
OBSERVATIONS	"	4
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	"	I8
ETIOLOGIE.....	"	37
CLINIQUE.....	"	43
LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	"	53
I - EXAMEN RADIOLOGIQUE.....	"	54
II - ENDOSCOPIE.....	"	57
III - BIOPSIE.....	"	61
DIAGNOSTIC.....	"	62
EVOLUTION - COMPLICATIONS	"	70
LE TRAITEMENT	"	78
PRONOSTIC	"	96
CONCLUSIONS	"	I00
TABLEAU.....	"	"
RESUME.....	"	I02
BIBLIOGRAPHIE.....	"	I04

*

* *